الأساس

في التربية الخاصة



د. بديع عبد العزيز القشاعلة

الأساس

في التربية الخاصة

د. بديع القشاعلة

طباعة : أ. دار الهدى ع. زحالقة

عبد زحالقة
خليوي: 050-5252917 هاتف: 04-6353439
خليوي: 050-5708835
E.mail: daralhoda.1@gmail.com

كفر قرع 2017

الأساس

في التربية الخاصة

نسخة أولية (2017)

دكتور بديع عبد العزيز القشاعلة - أخصائي نفسي، معالج نفسي.
مرشد تربوي ورئيس قسم التربية الخاصة سابقاً في الكلية الأكاديمية للتربية على إسم «كي» بئر السبع
محاضر في الكلية الأكاديمية للتربية "كي"
محاضر في الكلية الأكاديمية "أحفا"
مرشد تربوي في أكاديمية القاسمي
مدير مركز السيكولوجي للخدمات النفسية والتربوية - رهط
عنوان المؤلف:
النقب - رهط - 85357 (19/60) اليرموك
هاتف:0509316282
Badeea75@gmail.com
https://www.facebook.com/BADEEA.ALKSHALLA

إهداء

أهدي هذا الكتاب لأسرتي جميعاً
أبي وأمي وأولادي وبناتي
وأخصه لإبنتي رندا
ولكل من أعانني على كتابته

اللهم اجعلة في ميزان حسناتي يوم أن القاك
آمين

د. بديع القشاعلة

بسم الله الرحمن الرحيم

(وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ۖ وَسَتُرَدُّونَ إِلَىٰ عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ).

(قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا ۖ إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ).

صدق الله االعظيم

مقدمة

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله محمد إبن عبد الله، أما بعد :

تم إعداد كتاب الأساس في التربية الخاصة إعتماداً على العديد من المراجع والكتابات في مجال التربية الخاصة وهو مجهود تم فيه جمع ما كُتب حول التربية الخاصة. ويقوم هذا الكتاب بإلقاء الضوء على مفاهيم وأسس التربية الخاصة. وفي إعتقادنا أن هذا المجهود سيكون خدمة لكل من يعمل أو يختص في هذا المجال، ونرجو من الله عز وجل أن يكون في ميزان حسناتنا يوم القيامة.

إن موضوع التربية الخاصة موضوع هام جداً وقد طرأت عليه تطورات عديدة في الآونه الأخيرة. والأطفال من ذوي الإحتياجات الخاصة بكل أشكالهم وخصائصهم بحاجة منا إلى التقرب منهم ومعاونتهم على الإندماج قدر الإمكان في الحياة. هذا الأمر يتطلب من الجميع الوعي الكافي وذلك بالإطلاع على المعلومات عن هذه الفئة وعن خصائصهم. إن

عالم التربية الخاصة عالم رائع ومليء بالعجائب، ونعتقد أن تطور الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، إجتماعياً كان أو تعليمياً أو تربوياً يتعلق بمدى تقبل المجتمع لهم. ونحن في مجتمعنا نحتاج الى الوعي الكافي الذي يساعدنا بعون الله على تقبل وإحتواء هذه الفئة من المجتمع بهدف تطويرها وتقديم يد العون لها إجتماعياً وتعليمياً. هذا والله ولي التوفيق

د. بديع القشاعلة

الجهاز العصبي

إن موضوع الجهاز العصبي من الموضوعات الهامة التي تخص مواضيع عديدة في التربية الخاصة. لذا أرى أن أبدأ كتابي الأساس في التربية الخاصة بمعلومات هامة عن هذا الموضوع، وذلك لإعتقاد في نفسي أن كل من يدرس التربية الخاصة لا بد له من دراية أساسية في موضوع الجهاز العصبي.

الجهاز العصبي من أهم الأجهزة في جسم الإنسان. وينقسم إلى قسمين رئيسيين: الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي المُحيطي أو الطرفي.

وهو عبارة عن خلايا عصبية "نيرونية"، ومن الناحية التشريحية هو شبكة الإتصالات العامة التي تربط بين جميع أجزاء الجسم بواسطة مجموعة من الأعصاب الممتدة ما بين أطراف الجسم المختلفة وأعضائه الداخلية والخارجية، وبين الدماغ ومحتويات الجمجمة. أما من الناحية الوظيفية فيمكن إعتباره الجهاز الذي يسيطر على أجهزة الجسم المختلفة، والذي يشرف على جميع الوظائف العضوية ويؤلف بينها بما يحقق وحدة وتكامل الكائن الحي. فهو مجموعة من المراكز المرتبطة فيما بينها، وإلى هذه المراكز ترد التنبيهات الحسية من جميع أنحاء الجسم سطحية كانت أو عميقة، وعنها تصدر التنبيهات الحركية التي تصل إلي العضلات إرادية كانت أو غير إرادية، وكذلك إلي الغدد الموجودة بالجسم قنوية كانت أو صماء.

الجهاز العصبي الطرفي أو المحيطي

وهو من أجزاء الجهاز العصبي، ووظيفته الرئيسية، ربط الجهاز العصبي المركزي (الدماغ والنخاع الشوكي) مع الأطراف العلوية والسفلية والأعضاء الداخلية. ويتألف من جميع أجزاء الجهاز العصبي الموجودة خارج الدماغ والنخاع الشوكي، فهو يتألف من الأعصاب القحفية والأعصاب الشوكية. ويختلف عن الجهاز العصبي المركزي بأنه لا يكون محمي بالعظام، مما يعرضه للإصابات.

الجهاز العصبي المركزي

يعتبر الجهاز العصبي المركزي من أهم الأجهزة في جسم الإنسان، وهو المسئول عن إدارة كافة أعضاء الجسم. ويتكون الجهاز العصبي المركزي من قسمين رئيسيين وهما: الدماغ في الرأس والحبل الشوكي في العمود الفقري. و يتم تحليل كافة المعلومات في هذا الجهاز .

الدماغ

ويعتبر الدماغ هو الجزء الهام من الجهاز العصبي المركزي، يقع في منتصف تجويف الجمجمة يتألف من نحو مائة بليون خلية عصبية متعددة الأقطاب ويمكن تقسيمه إلى أجزاءٍ رئيسيةٍ ثلاثة هي: المخ، جذع الدماغ، المخيخ. ويتكون الدماغ من جزئين كرويين. الجزء الأيمن من الدماغ يتحكم في الجزء الأيسر من الجسم، والجزء الأيسر من الدماغ يتحكم في الجزء الأيمن من الجسم. وتقع

الكثير من المراكز التي تتحكم في النشاطات الجسمية والحسية والمعرفية والعاطفية في غلاف الدماغ. وقد حاول العلم الحديث تحديد مكان هذه الأنشطة، مثل مراكز اللغة ومراكز التفكير ومراكز الإحساس .

النخاع الشوكي

وهو الجزء الثاني من الجهاز العصبي المركزي. ويقع في تجويف العمود الفقري في ظهر الإنسان. وعليه تقع مراكز التحكم في الجسم والتي تنقل المعلومات من وإلى الدماغ. والوظيفة الرئيسية للنخاع الشوكي هي نقل النبضات العصبية من وإلى الدماغ وتوصيلها الأعصاب الفرعية.

وظائف الدماغ

وهو كل ما يتعلق بوظائف الدماغ وما هو مسئول عنه من وظائف لإدارة الجسم. ومن المعروف أن القشرة الدماغية تحتوي على العديد من المراكز التي تدير جسم الإنسان. ووظائف الدماغ تنتشر في أنحاء الدماغ الذي ينقسم إلى الدماغ الكبير والدماغ الوسطي والدماغ الداخلي. وفي كل قسم تتركز العديد من الوظائف الدماغية، كوظيفة البصر، اللغة، الحركة وغيرها.

الفص الجبهي

وهو الجزء الأمامي من الدماغ، وتقع فيه مراكز الحركات الإرادية والشخصية، وبعض المراكز التي تخص الذاكرة والنطق، ويقع مركز النطق أيضا في هذا الفص، وفيه أيضا تقع المنطقة المسئولة عن الكلام والتي تسمى منطقة بروكا Broca وتقع في نصف كرة الدماغ الأيسر وهذه

المنطقة قريبة من المنطقة الحركية المسئولة عن الحنجرة واللسان والشفاه، أي المناطق الثلاث الضرورية للكلام. ويعتقد أن المشاكل تحل في هذا الفص ولهذا السبب نراها أكثر تطوراً في الإنسان عما هو عليه في الحيوانات الأخرى،أيضا فيه توجد الخلايا العصبية المسئولة عن السلوك العاطفي وبعض النشاطات اللاإرادية.

الفص الجداري

تقع في هذا القسم المناطق الأساسية للإحساس. إذ يستقبل ثلثاها العلويان الإحساس بالألم ودرجة الحرارة واللمس، والإحساس العميق من كل الجسم ماعدا الرأس، بينما ثلثها السفلي يستقبل الإحساس بالألم ودرجة الحرارة والذوق والإحساس العميق من الرأس. أيضا يحوي مناطق إرتباطيه (منطقة الترابط الجدارية) وهي المنطقة التي بواسطتها نعرف معنى الإحساس الذي نحسه. عند حدوث تلف في منطقة الترابط الجدارية لا يستطيع المريض معرفة أو التعرف على الأشياء التي يحسها، وتسمى هذه الحالة (ألعمه) وهي عدم القدرة على الإدراك بالحس والتمييز بين الأشياء، وربما يوجد أيضا اضطراب في صورة الجسم وهذا يعني أيضا انه: ربما يحس المريض ان النصف الأيمن من جسمه هو النصف الأيسر. ربما يحس المريض انه له ذراعا زائدة (ثالثة) أو لديه رجلا زائدة (ثالثة). وربما يحس المريض أن له ذراعاً واحدة أو رجلاً واحدة فقط.

الفص الصدغي

توجد بـه المنطقـة الحسية الخاصـة بالسمع، وكذلك يحـوي منطقــة التــرابط الســمعية التـــي تحـيط بالمنطقــة الحســية الســمعية وهـــي تحتــل معظـم الجـزء البـاقي مـن التلفيـف الصــدغي العلــوي، وهـــي مسـئولة عـن معرفــة (معنـــى) الأصــــوات. ويعتقــــد أن الإحســــاس بالرؤيــــة والســـــمع والإحساسات الأخرى في هذه المنطقة وكأنها تسجل شريط صـوت. أمـا الجـزء البـاقي وهـو الجـزء الأكبـر مـن الفص الصدغي يعد جزءاً (صامتا) يعني ليس له وظيفته محدودة ومعروفة ولكن يحتمل أن يكون له علاقة بعمليات الذاكرة.

الفص القفوي

ويسمى في بعض المصادر بـ (الفص القذالي) وتوجد فيـه المنطقة الحسية المسئولة عن الرؤيـة Vision التـي تستقبل الإحساســات البصــرية، وأيضــا يحــوي منطقـــة التـــرابط البصرية التي تحيط بالمنطقة الحسية للرؤيـة وهـي مسئولة عـن معرفـة (معـاني) الصـور التـــي تـرى، وهـذه المنطقـة تحتل الجزء الباقي من الفص القفوي تقريبـا. وتلـف منطقـة الترابط البصرية لا يسبب العمـى، إذ يمكـن رؤيـة الأشياء بوضوح ولكن لا يمكن معرفتها أو التعرف عليها.

المخيخ

إن المخيخ موجـود فـي القسم الخلفـي مـن الـرأس ومؤخـرة العنـق. وهـو مسـئول عـن التـوازن والتناسـق والإنسـجام العضلي. إنه المنطقة التي تسمح للطفل بأن يتحرك ويتقلب

ويتدحرج ويزحف ويحبو وحتى يمشي. كما توّفق هذه المنطقة من الدماغ بين الوظائف الحركية والحسّية، بمعنى آخر، تمزج الإشارات من جميع حواس الطفل لتساعده على معرفة ما يشعر به حين يتحرّك .

جذع الدماغ

هو كتلة دماغية تصل بين المخ والحبل الشوكي، و يتكون من الجسر والنخاع المستطيل والدماغ المتوسط. ويستبقل الأوامر من الدماغ إلى أعضاء الجسم وينقل المعلومات الحسية من أعضاء الجسم إلى الدماغ وينقل الإشارات المتحكمة فى حركة العضلات والإحساس، والتى تقوم بها الألياف العصبية وكذلك يختص الجذع بالتحكم فى عمليات التنفس، البلع، نبض القلب، التقيؤ والسعال. ويتحكم في وظائف الجسم الحرجة وغير الإرادية كما يتحكم في الوعي واليقظه والنوم والإحساس بالألم وإصابة هذا الجزء من الجسم غالباً ماتؤدي إلى الوفاة. وتنطلق منه الأعصاب الدماغية العليا التي تتحكم في حواس الوجه كالعين والأذن (السمع والبصر) والذوق والشم والبلع واللعاب وعضلات الوجه المعبرة.

الجهاز العصبي الذاتي

أحد أقسام الجهاز العصبي الطرفي في الكائنات الحية العليا، ويختص بالتحكم بالوظائف الحيوية الذاتية اللاإرادية، ويقسم عادة إلى جهازين ذوي مهام متعاكسة

ندعوهما الجهاز العصبي الودي (السيمبثاوي) والجهاز العصبي اللاودي (الباراسيمبثاوي).

الجهاز السمبثاوي أو الودي

الجهاز السمبثاوي عبارة عن حبل يمتد على نواحي العمود الفقري فيه عقد، وهو يرتبط بالحبل الشوكي وبأعضاء الجسم المختلفة عن طريق ألياف عصبية تخرج من تلك العقد. يعمل على زيادة نشاط الكائن الحي ويجعله في حالة من التوتر في حالات الخوف أو الشعور بعدم الأمان وذلك يكون: بزيادة نبضات القلب، وتقلص العضلات، وضيق حدقة العين، وإنتصاب الشعر، وشل عملية الهضم، وإرخاء العضلات القابضة. وذلك يتم عن طريق إفراز هرمون الأدرنالين في الدم.

الجهاز الباراسمبثاوي أو نظير الودي

الجهاز العصبي الباراسمبثاوي أو نظير الودي هو أحد أجزاء الجهاز العصبي التلقائي، وغالباً ما يكون تفعيل هذا الجهاز مرتبطاً مع حالة من الخمول (الراحة). ويعمل بعكس الجهاز السيمبثاوي فيقوم بإفراز الهرمونات في حالة الإنفعال والقلق كي يساعد الجسم على الإسترخاء والعودة إلى الطبيعة.

جهاز اللمس

وهو الجهاز المسئول عن نظام اللمس في جسم الإنسان. ويقوم هذا الجهاز بنقل المعلومات التي يحصل عليها عن طريق مستقبلات عصبية موجودة في الجلد إلى الدماغ.

وهو الجهاز الأكثر إنتشاراً في جسم الإنسان وذلك لكون الجلد يغطي كامل الجسم. كما وأن هذا الجهاز يحتوي على مجسات عصبية دقيقة جداً تستقبل المعلومات الحسية مثل درجة الحرارة، الضغط، الألم، الخ..

المِهاد أو الثلاموس

ويقال له المهاد، وهو الجزء الأكبر من الدماغ البيني يقع على جانبي البطين الثالث بصورة جسمين ذوي شكل بيضوي. يقع الثلاموس فوق الهيبوثالامس بجانب وسط نصف كرتي الدماغ. يعمل كمحطة توصيل بين كثير من المعلومات التي تدخل قشرة الدماغ وتخرج منها.

الهيبوثالامس

يعتبر الهيبوثالامس حلقة الوصل بين الجهاز العصبي الذاتي والجهاز الإفرازي من خلال الغدة النخامية، يحتل الهيبوثالامس الجزء الأكبر من الدماغ البيني حيث يقع أسفل الثلاموس وفوق ساق الدماغ، ويوجد الهيبوثالامس في أدمغة جميع الثدييات والبشر.

مفهوم التربية الخاصة

لقد إهتم عدد كبير من علماء التربية وعلماء النفس بموضوع التربية الخاصة منذ بداية القرن العشرين حتى يومنا هذا. وقد قام العديد من العلماء بتعريف التربية الخاصة، لذا فإننا نجد تعريفات عديدة لها، يمكن أن نعرضها كالآتي:

التربية الخاصة هي عبارة عن برامج تعليمية وتربوية وإجتماعية معدلة ومخصصة لتلائم فئة الطلاب من ذوي الإحتياجات الخاصة والذين لا يستطيعون التعلم بالأساليب العادية. التربية الخاصة هي البرامج المتخصصة التي تلائم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بحيث يمكن تقديم هذه البرامج لهذه الفئة من أجل مساعدتهم على تطوير ذواتهم وتنمية قدراتهم المعرفية والتعليمية والإجتماعية مما يساعدهم على التكييف الإجتماعي(تيسير وعمر، 2010). ويعرفها آخرون على أنها مهنة شهدت تطورات كبيرة ولها إنجازات عظيمة، وهي تهتم بالدفاع عن حقوق الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة وتسعى لتطوير برامج تربوية تعليمية تصحيحية تناسب قدراتهم الذهنية والجسدية (جمال ومنى، 2009).

التربية الخاصة إستراتيجية منظمة تهدف إلى تلبية حاجات ذوي الإحتياجات الخاصة التربوية والتعليمية والإجتماعية. يعرف هيوارد التربية الخاصة (Heward، 2002) بأنها مهنة لها أدواتها وأساليبها وهي تطمح إلى

تحسين فئة الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة في المجتمع (جمال ومنى 2009).

التربية الخاصة هي عبارة عن مجموعة من الأساليب الفردية والمنظمة تتضمن وضعاً تعليمياً خاصاً، مواد ومعدات، طرق تدريس، إستراتيجيات وأساليب علاجية تهدف إلى مساعدة ذوي الإحتياجات الخاصة على تحقيق الحد الممكن من التكييف الإجتماعي والقدرة على التعلم (جمال ومنى، 2009). إن التربية الخاصة تسعى لمساعدة ذوي الإحتياجات الخاصة على تطوير مهاراتهم وقدراتهم وذلك حتى يتمكنوا من التطور والتعلم والتكيف مع المجتمع. وعلى هذا فإن التربية الخاصة هي عبارة عن خدمة وبرنامج تربوي تحتوي على تعديلات خاصة سواء في المناهج أو وسائل التعليم إستجابة للإحتياجات الخاصة لمجموعة طلاب لا يستطيعون التعامل مع برامج التربية العادية.

يرى بيرج وجونسون أن التربية الخاصة هي الخدمات التربوية التي تقدم للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة من قبل أشخاص مؤهلين وهي تختلف عن برامج التربية العادية (قحطان ظاهر، 2008).

ويرى عبد الغفار التربية الخاصة أنها عبارة عن مجموع خدمات منظمة وهادفة تقدم للطفل من ذوي الإحتياجات الخاصة، وذلك لتوفير ظروف مناسبة له كي يتطور وينمو بالصورة الأفضل (قحطان ظاهر، 2008).

ويرى هلهان وكوفمان التربية الخاصة أنها تعلم مصمم بشكل خاص ليلبي حاجات ذوي الإحتياجات الخاصة وذلك بواسطة مواد خاصة وتقنيات تدريس خاصة ومعدات وتسهيلات (قحطان ظاهر، 2008).

تعريف الإعاقة

لقد قام العديد من العلماء والباحثين في مجال التربية الخاصة بتعريف الإعاقة. وسنذكر تعريفاً واحداً عاماً وهو تعريف كيرك (Kirk,1993).

الطفل المعوق: هو الطفل الذي ينحرف عن المتوسط أو الطبيعي في المجالات التالية:

- القدرات العقلية.
- السلوك والنمو الإنفعالي.
- الخصائص الجسمية.
- القدرة على الإتصال.
- القدرات الحسية.

وهذه الخصائص تتطلب نوعاً من التعديل على البرامج المدرسية من خلال التربية الخاصة في محاولة للوصول بالطفل المعوق إلى أقصى درجة تسمح بها إمكاناته (عاكف عبدالله الخطيب،2009).

ذوو الإحتياجات الخاصة

الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، هم فئة من الأطفال، تم تشخيصهم من قبل أحد المختصين في مجال علم النفس أو النمو أو الطب. وتم الإتفاق على أنهم يعانون من نقص ما يصعب عليهم عملية التعلم بالطرق التقليدية. وهم

يختلفون عن الأشخاص العاديين إختلافاً ملحوظاً وبشكل متكرر، الأمر الذي يحد من قدرتهم على النجاح في تأدية النشاطات الأساسية الإجتماعية والتربوية والشخصية.

ويمكن إجمال فئات الطلاب ذوي الإحتياجات الخاصة في الفئات التاليه: **الإعاقة العقليّة، الإعاقة السمعية، الإعاقة الجسدية، الإعاقة الانفعإليه، الإعاقة البصرية، صعوبات التعلم، الإضطرابات الكلامية واللغوية** ولا تقتصر هذه الفئة على الإعاقات فقط بل نضم إليهم فئة **الموهوبين،** وذلك لأنهم يحتاجون إلى طرق خاصة في التعامل والتعليم. وفي تعريف آخر لذوي الإحتياجات الخاصة، يمكن أن نقول بأنهم هم الأفراد الذين يختلفون إختلافاً ملحوظا عن أقرانهم العاديين سلباً أو إيجاباً في نموهم العقليّ أو الحسي أو الإنفعالي أو الحركي أو اللغوي مما يستوجب إهتماما خاصا بهم من حيث طرائق تشخيصهم ووضع البرامج التربوية وإختيار إستراتيجيات التدريس المناسبة لهم.

أهداف التربية الخاصة

يمكن أن نجمل أهداف التربية الخاصة فيما يلي (فاروق مواسي،2007):

1. التعرف على الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وذلك عن طريق إستخدام أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
2. مراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ .

3. تجهيز وبناء الخطط التربوية والتعليمية الملائمة لحاجات الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة.
4. بناء طرق وإستراتيجيات تدريس ملائمة لكل فئة في التربية الخاصة. وبناء خطط تربوية فردية.
5. بناء وإعداد الوسائل التعليمية والتقنية لكل فئة من فئات التربية الخاصة. على سبيل المثال :طريقة برايل للمكفوفين .
6. بناء خطط وقاية من الإعاقات والعمل على تقليلها في المجتمع.
7. بناء خطط إرشاديه لمعونة العائلات على التكييف مع وجود طفل من ذوي الإحتياجات الخاصة.
8. تهيئة وسائل البحث العلمي للإستفادة من قدرات الموهوبين وتوجيهها وإتاحة الفرصة لهم للتطور.

تاريخ التربية الخاصة

لقد اختلفت الإتجاهات والأفكار حول الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة على مدى الوقت والتاريخ، وكانت الأفكار السلبية في السابق هي السائدة. وكان الناس ينظرون إلى هذه الفئة من الناس على أنهم غير عاديين الأمر الذي جعلهم فئة منبوذة وبعيدة عن المجتمع. كما وكان الناس ينظرون إليهم على أنهم عبء مادياً على المجتمع. ومر مصطلح ذوي الإحتياجات الخاصة بعدة مراحل وعدة تعريفات إلى أن وصل إلى هذا الإسم. ففي البداية كان يطلق على هذه الفئة من الناس أسماء مثل: الأعمى والأعرج والكسيح والأطرش والأخرس والمجنون، وبدأت تتغير التسميات منذ منتصف القرن العشرين بدأت حيث أطلق عليهم المقعدين ثم تغيرت التسمية إلى ذوي العاهات، على أساس أن كلمة الإقعاد توحي بتحديد المصطلح على مبتوري الأطراف أو المصابين بالشلل، أما العاهة فهي أكثر شمولاً لمدلول العيوب أو الإصابات. ثم ظهر مصطلح العاجزين أي تكبيل اليدين، ثم تطورت النظرة وتغير المسمى على أساس أن العجز نسبي وليس مطلق،وجزئي وليس كلي. ثم ظهر مسمى المعوقين أي عدم القدرة، وأستبدل مسمى المعوقين بالمعاقين، لأن المعوقين كمصطلح لغوي يعني تعويق الآخرين وشغلهم، ثم ظهر مصطلح الفئات الخاصة، ثم ظهر مصطلح ذوي الإحتياجات الخاصة.

قامت العديد من الدراسات بالتطرق إلى تاريخ التربية الخاصة منذ أن وجد الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وقد تم الحديث عن خمس مراحل مرت بها إتجاهات المجتمع نحو هذه الفئة، يمكن أن نجمل هذه المراحل كالآتي:

- **الفترة القديمة والتي كانت ما قبل التاريخ:**

وهي الفترة القديمة التي نظر فيها المجتمع لذوي الإحتياجات الخاصة، وفي هذه الفترة كانت إتجاهات الناس إلى فهم ما يحدث مع الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة تميل إلى ربطهم بالسحر والشعوذة، سواء في تفسير الإعاقة أو علاجها، إذ تم علاج هذه الحالات بالسحر واستخدام طرق الشعوذة. وقد ظن الناس أن سبب الإعاقة هو وجود أرواح شريرة أو غضب الإله. وكان الناس يقومون بقتل الأطفال من هذه الفئة أو يقومون بعزلهم حتى الموت.

- **فترة 500 سنة ما قبل الميلاد إلى 500 سنة بعد الميلاد:**

لقد طرأ تحسن ملحوظ في هذه الفترة على نظرة المجتمع إلى الأفراد من ذوي الإحتياجات الخاصة. واقترب تفكير الناس إلى المنطق والقبول بعض الشيء. إذ بدأ الناس يفسرون أسباب الإعاقات بصورة أكثر عقلية ومنطقية. ويذكر من الأطباء والفلاسفة الذين درسوا مثل هذه الحالات الفيلسوف

هيبوقراط وجالن وغيرهم ممكن استخدم المنطق والعقل في تفسير الظواهر. وكان قتل الطفل المعوق مستمرا في اليونان، فالإسبرطيون كانوا يرمون الطفل المعوق إلى النهر أو يتركوه على الجبال حتى يموت (L'Abate & Curtis1975،). وكذلك كان الرومان يفعلون نفس الشيء. وكان قتل هذه الفئة من الأطفال قانونياً في تلك المرحلة. وقد تصرف المجتمع نحوهم على أنهم ليس لهم قيمة، فمثلا: إستخدم الحاكم الروماني كومودس الأفراد ذوي الإعاقات الجسمانية كهدف أثناء التدريب علي الرمي بالسهام. لقد كان اليونانيون هم أول من اتخذ خطوات إيجابية نحو فئة المعاقين. وقام الأطباء اليونانيون ببحث أسباب الإعاقة وأرجعوها إلى أسباب فيسيولوجية ونفسية. وكما وبدأ الإهتمام في هذه الفترة بالعلاج ومحاولة مساعدة هذه الفئة من الناس.

- **الفترة من عام 500 ميلادي إلى 1500 ميلادي:**

في هذه الفترة استمر تجاهل فئة الأفراد المعاقين. وقد بدأ العلم ينفصل تدريجياً عن الدين. ونتيجة لهذا الإنفصال بدأ العلماء يبحثون في هذا المجال كالأطباء والفلاسفة اليونانيين. وقد إعتمد العلاج في هذه الفترة على أفكار الفلاسفة والإطباء. وبدأ في المجتمع ميل إلى رعايتهم وذلك بإنشاء دور الرعاية. على الرغم أنه ما زالت فئات أخرى في

المجتمع تنادي بعزلهم وفصلهم وإهمالهم حتى الموت.

- **الفترة من 1500ميلادي وحتى بداية 1900ميلادي:**

تعتبر هذه الفترة نقطة تحول هامة في تاريخ التربية الخاصة. ويعود سبب ذلك إلى ظهور الفلاسفة مثل لوك (Locke) وروسو (Rousseau). والذين اهتموا بالفرد كإنسان له أهمية مركزية. هذا الفكر أحدث تغييراً جذرياً في نظرة المجتمع نحو الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة. وبدأ في هذه الفترة الاهتمام أيضا بما يسمى بالتدريب المتدرج لزيادة مهارات ذوي الإحتياجات الخاصة، فقد نشر إيتارد كتاباً عام 1801م عن خبراته مع طفل (حيواني) كان يعيش في الغابة بمعدل ذكاء منخفض عن مستوي معظم الحيوانات الأليفة. وقد أعتمد إيتارد في علاجه علي محاولة إثارة الحواس واستعمالها لزيادة مستوي الذكاء لديه. ثم بعد ذلك ظهر العالم الفرنسي (سيجان، 1812-1880) الذي طور الأفكار التي طرحها من قبله إيتارد. بعد ذلك ظهرت ماريا منتسوري الإيطالية عام 1912، والتي ربطت النمو العقلي للطفل مع بيئته. وأستطاعت أن تأسس طريقة لتدريس الأطفال الذين يعانون من الإعاقة العقلية. وذلك بتدريب المهارات السهله ثم الصعبة لدى الطفل.

- **الفترة من 1900 ميلادي وبعدها:**
في هذه الفترة ازداد الإهتمام بفئة الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة وتحسن التعامل معهم وصدرت العديد من القوانين التي تحميهم وتمنع إيذائهم وتهتم برعايتهم. وقد بدأ المجتمع يدمج هذه الفئة في داخله وقام بإنشاء دور الرعاية والمدارس والمراكز التي تهتم بهم. وقد ظهرت جمعيات تطالب بحقوقهم. وفي بداية عام 1960م ، بدأ الاهتمام ببرامج التربية الخاصة لفئات الإعاقة المختلفة في كثير من دول العالم. ولا يزال الإهتمام في طور التقدم إلى يومنا هذا.

مراحل تاريخية مرت بها التربية الخاصة

- **مرحلة العزلة:** في هذه المرحلة اعتقد المجتمع أن المعاقين مصابون بالشياطين والأرواح الشريرة، لذلك دعوا إلى عزلهم وقتلهم.
- **مرحلة المؤسسات:** بدأ المجتمع بإستيعاب فئة ذوي الإحتياجات الخاصة وبدأت الدول الأوروبية والولايات المتحدة الأمريكية تظهر بعض الخدمات لإيواء المعاقين وإقتصر ذلك على تقديم المأوى والغذاء ثم بدأت تقديم الخدمات التعليمية للصم والمكفوفين وذلك بوضعهم في مراكز يقضي فيها المعاق معظم حياته بإعتباره مشكلة تحاول الأسرة إخفاءها قدر الإمكان.

- **مرحلـة التأهيـل:** بـدأ المجتـع فـي هـذه المرحلـة بـالإعتراف بوجـوب تعلـيم وتأهيـل هـذه الفئـة مـن الأفـراد. وتـم إنشـاء مـدارس ومراكـز ومؤسسـات خاصة بهم.
- **مرحلـة الـدمج:** هـذه المرحلـة تتميـز بـأن المجتمـع أصبح متفهماً للجوانـب النفسية للذوي الإحتياجـات الخاصـة، فلـم تعـد النظـرة إلـى الإعاقـة علـى أنهـا وصـمة وإنمـا المعـاق هـو شـخص يعـاني مـن صعوبات معينـة وهو بحاجـة إلـى العلاج والرعايـة والمساندة.

قانون التربية الخاصة في إسرائيل

وضـع هـذا القـانون عـام 1988، لفئـة الأطفـال ذوي الإحتياجات الخاصة كافة. وينص قانون التربيـة الخاصـة على أنه يحق للأطفال ذوو الإحتياجات الخاصة من جيل 3 سـنوات وحتـى 21 سـنة، الحصـول علـى تربيـة خاصـة مجانـاً. يمكـن لوالـدَي طفل ذوي إحتياجـات خاصـة «دون سـن الثالثـة» إيجـاد إطـار خـاص مناسـب لإبنهمـا (مـثلا: معالِجة خاصة، حضانة بيتية وغيرها).

خدمات وأُطر التربية الخاصة

وهي الأُطر التربوية والتعليمية التي يتعلم فيها الطلاب من ذوي الإحتياجـات الخاصـة. هـذه الأطـر تقـدم الطـرق والإستراتيجيات التربويـة والتعليميـة الملائمـة، كمـا وتقـدم لهم خدمات عديدة تقوم على تهيئتهم للحياة كخدمات الطب

البديل أو الخدمات العلاجية المكملة. وسنذكر فيما يلي الأطر التربوية والتعليمية لذوي الإحتياجات الخاصة.

- **برنامج الدمج**

وهو إسم يطلق على برنامج يتكون من ساعات مقدمة من وزارة التربية والتعليم للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة. والمقصود بأسلوب الدمج هو تقديم كافة الخدمات والرعاية التربوية والتعليمية لذوي الإحتياجات الخاصة في بيئة بعيدة عن العزل، وهي بيئة الفصل الدراسي العادي بالمدرسة العادية، أو في فصل دراسي خاص بالمدرسة العادية. ويقصد بهذا المصطلح أن يقوم مدرس التربية الخاصة في المدارس العادية بتعليم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، خصوصاً ذوي الإعاقات البسيطة في الفصول والمدارس العادية مع تقديم الإستشارات من المختصين في التربية الخاصة وعلم النفس.

- **طالب الدمج:** طالب الدمج هو ذلك الطالب الذي يتعلم في برنامج الدمج. وهو من الطلاب الذين يتم تشخيصهم كطلاب من فئة ذوي الإحتياجات الخاصة. وهذه الفئة من الطلاب تعاني صعوبات تعليمية كبيرة نابعة من مشاكل وصعوبات في النشاطات المعرفية والقدرات العقلية كالذاكرة والإدراك والإستيعاب والإنتباه.

هذه الفئة من الطلاب تكون قد مرت تشخيص من أحد المختصين في المجال النفسي أو المجال التعليمي وكذلك مجال النمو، وبعد عملية التشخيص يتم النقاش حول وضع هذه الحالة في لجنة الدمج والتي تتكون من أعضاء من الهيئة التدريسية ومستشار تربوي وأخصائي نفسي وممثلين عن مركز الدعم التعليمي. وتقوم هذه اللجنة برفع توصياتها للمدرسة بأن تضم هذه الحالة لبرنامج الدمج فيتحول الطالب إلى طالب دمج. بمعنى آخر مختصر هو ذلك الطالب الذي يستحق الإلتحاق بساعات المساعدة المخصصة من قبل وزارة التربية لفئة الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة في المدارس العادية.

أما بالنسبة للجنة الدمج فهي لجنة رسمية تبحث في حقوق الطالب ذوي الإحتياجات الخاصة المتعلقة بعملية إندماجهم في برنامج الدمج وتتكون اللجنة من مدير المدرسة حيث يتولى رئاستها، بالإضافة إلى كل من مربي الصف الذي يتعلم فيه التلميذ، إخصائي نفسي ومستشار تربوي، معلم تربية خاصة، صاحب تخصص آخر يتم دعوته وفق إحتياجات الحالة المراد بحثها. يتم دعوة أهل التلميذ إلى اللجنة لسماع رأيهم، لكنهم ليسوا أعضاء في اللجنة، ولا يستطيعون المشاركة في إتخاذ القرار. من المهم أن تضم اللجنة أشخاص مهنيين يعرفون التلميذ

جيداً، ويجب التأكيد على ذلك. وهناك أيضاً لجنة أخرى تهتم ببرنامج الدمج وهي لجنة مدرسية. وهي تركز برنامج الدمج في المدرسة. ويديرها مدير المدرسة، وتضم: مربي الصف، المستشار التربوي، معلم الدمج، الأخصائي النفسي، مشخص للأداءات التعليمية أو مشخص تربوي ومركز الطبقة. وأصحاب وظائف أخرى مثل: مركز التربية الإجتماعية في المدرسة أو مركز التقييم وغيره. وتهدف هذه اللجنة إلى النقاش والبحث حول تلميذ معين.

- **صف خاص أو مطوِّر :** وهو صف تربية خاصة في المدرسة العادية تتلقى فيه فئة محددة من ذوي الإحتياجات الخاصة (عددهم يكون حوالي 12 تلميذ) برامجها التربوية معظم أو كامل اليوم الدراسي. وتعتبر الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية شكلاً من أشكال الدمج التعليمي والتربوي، ويطلق عليها أسم الدمج المكاني حيث يلتحق التلاميذ ذوي الإحتياجات الخاصة مع التلاميذ العاديين في نفس البناء المدرسي، ولكن في صفوف خاصة بهم أو وحدات صفية خاصة بهم في نفس الموقع المدرسي ويتلقى التلاميذ في هذه الصفوف برامج تعليمية من قبل معلم التربية الخاصة، ويهدف هذا النوع من الدمج إلى زيادة فرص التفاعل الإجتماعي والتربوي بين الأطفال ذوي

الإحتياجات الخاصة والأطفال العاديين في نفس المدرسة.

ولكي يصل الطفل إلى الصف الخاص في المدرسة العادية أو حتى لإطار تربية خاص خارجي يجب أن يمر بلجنة تسمى لجنة التنسيب. وهي لجنة محلية للتربية الخاصة، تبحث في حقوق التلاميذ ذوي الإحتياجات الخاصة بهدف إدراجهم في صفوف التربية الخاصة والمنفصلة في التعليم العادي أو في رياض الأطفال ومدارس التربية الخاصة. تتشكل هذه اللجنة من:مدير قسم المعارف في السلطة المحلية أو من يمثله ويتولى رئاستها، مفتش التربية الخاصة أو من يمثله، أخصائي نفسي وأحياناً طبيب أختصاصي في طب الأطفال، عامل إجتماعي، وممثل عن لجنة الآباء القطرية للتعليم الخاص. يتم دعوة ممثلين عن المدرسة ملمين بأمور التلميذ، كذلك يتم دعوة الأهل أو المسئولين عن التلميذ، لكنهم ليسوا أعضاء في اللجنة ولا يستطيعون المشاركة في إتخاذ القرار.

- **مدرسة التربية الخاصة:**

هي مدرسة لذوي الإحتياجات الخاصة. ويتلقى فيها الأطفال برامجهم التربوية والتعليمية طوال اليوم الدراسي. وهي مدرسة مهيئة لتعد الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة لظروف وشروط الحياة. ويتعلم فيها بصورة عامة الأطفال الذين لا يستطيعون التعلم في المدارس العادية ووفقاً لأساليب وإستراتيجيات التعليم العادي. ومنها

مــدارس للتخلــف العقلــي ومــدارس للعســر التعليمـــي، الإعاقـــات البصـــرية، الإعاقـــات الســمعية، الأوتيــزم وغيرهــا مــن الأعاقــات. ويعمل في هذه المدارس معلمون مختصون فـي مجال التربية الخاصة. ويتلقى الأطفال فـي هذه المـدارس بالإضــافة للتعلـيم، خـدمات صــحية مكملـة مثـل العـلاج الطبيعـي والعـلاج الـوظيفي وغيرهــا مــن أســاليب العــلاج المختلفــة التــي تستخدم في التربية الخاصة.

- **مركز الإقامة الدائمة :**

هو مؤسسة داخليـة يقيم فيهـا عـادة التلاميذ ذوو الإعاقات الشديدة والحـادة بصفة مستمرة. وفـي تعريف آخر يمكننا القول بأنها عبـارة عن سكن يحتوي جميع أحتياجات الطفل ذوي الإحتياجات الخاصـــة، وتشــرف وزارة الرفــاه الإجتمــاعي عليهـا وتكـون مسئولة عـن نوعيـة العنايـة التـي يتلقاها المقيمون.

- **المدرسة الداخلية:**

هي مدرسة يتلقى فيها التلاميذ ذوي الإحتياجات الخاصة برامجهم التربوية بالإضافة إلى السكن والإعاشة. أي وبمعنى آخر هي مدرسة ومبات.

- **أطار تعليم في المستشفى:**

وهـو حينمـا يـتعلم الأطفـال فـي المستشـفى. فـإذا أقتضـت الحالــة الصــحية للطالــب المكــوث فــي

المستشفى لفترة زمنية طويلة نسبياً بسبب معاناة حالة مرضية معينة (كالحروق الشديدة أو بعض الإضطرابات الشديدة) فذلك لا يعني حرمانه من التعليم. وقد إنبثق نموذج التعليم في المستشفى لتلبية الحاجات التربوية لهذه الفئة من الطلاب كنموذج لتقديم الخدمات التعليمية مؤقتاً. وتبعاً لهذا النموذج، يتم تنفيذ البرامج التعليمية إما فردياً أو في مجموعات صغيرة يتراوح عدد أفرادها بين (8-10) طلاب. وإذا كانت حالة الطالب تسمح بإنتقاله إلى إحدى غرف المستشفى المجهزة لتنفيذ هذا النوع من التعليم فذلك هو الخيار الأفضل حيث يتلقى الطالب تعليمه ضمن مجموعة وفي ظروف قريبة من ظروف الفصل الدراسي العادي.

- **أُطُر تربية خاصة للصُم والمكفوفين:**

ويدرس فيها الأطفال الصم أو ضعيفي السمع والمكفوفون أو المعاقون بصرياً. وتعتبر هذه الأطر من أطر التربية الخاصة التي يتم دمجها في غالبية الأحيان في مدارس عادية وذلك بهدف دمج هذه الفئات من الأطفال إجتماعياً، وهناك أيضاً مدارس خاصة للصم وللمكفوفين. ويعمل في هذه الأطر معلمون مختصون في التربية الخاصة. وذلك وفقاً لبرامج مخصصة من وزارة التربية لهؤلاء التلاميذ.

الإعاقة العقلية

إنّ الإعاقة العقليّة هي حالة إنسانيّة معقّدة وقد تمّ التطرق إليها منذ العصور القديمة بمختلف الإتّجاهات والآراء وكانت محاولات علاجيّة متنوّعة بتنوّع المجتمعات. لقد عرفت الإعاقة العقليّة منذ 2500 سنة. إنّ المعاقين عقليًّا يحتاجون في حياتهم إلى الرعاية في الكثير من المجالات الحياتيّة اليوميّة. هذا الأمر لا يختلف من مجتمع عن آخر.
لقد تعدّدت التعاريف حول مفهوم الإعاقة العقليّة ، وذلك لكونه مفهومًا معقّدًا يصعب تحديده. قام الدارسون بتحديد وتعريف الإعاقة العقليّة وفقًا لاتّجاهاتهم العلميّة؛ فنجد التعريف الطبّيّ للإعاقة العقليّة الذي ينظر إليها من حيث الإصابات الوراثيّة والجينيّة والمرضيّة ويشير أيضًا إلى المظاهر الخارجيّة للإعاقة العقليّة (متلازمات). ثمّة التعريف السيكومتريّ الذي ينظر إلى الإعاقة العقليّة من ناحية درجة الذكاء وفقًا لإختبارات الذكاء المتنوّعة .
أيضًا نجد التعريف الإجتماعيّ الذي يشير إلى مدى تكيّف المُعاق عقليًّا إجتماعيًّا، بينما يتطرق التعريف التربويّ إلى القدرة على إكتساب المهارات الأكاديميّة (فاروق الروسان، 2001) .
يقوم قانون الرفاء الإجتماعيّ للمعاقين عقليًّا في إسرائيل (1969) بتعريف الإعاقة العقليّة على أنّها عدم القدرة على التكيّف سلوكيًّا واجتماعيًّا نتيجة قصور في القدرات

العقليّة، ويهتمّ بتشخيص الإعاقة العقليّة من جوانب عدّة، مثل المجال التطوّريّ، القدرة العقليّة، السلوك التكيّفي ، الحاجة إلى العلاج والتفرقة بين الإعاقة العقليّة والمرض النفسيّ .

إنّ أسباب الإعاقة العقليّة متعدّدة وتعود في الأساس إلى عوامل بيولوجيّة وجينيّة بالإضافة إلى البيئة التي لها الأثر البالغ في تحديد الإعاقة العقليّة.

الإعاقة العقليّة والمرض العقليّ:

إنّ الكثير من الناس يختلط عليهم الفرق بين إنسان متخلّف عقليًّا وآخر "مجنون"، كما نقول بالعامّيّة، بينما المعنى العلميّ "للجنون" هو المرض العقليّ.

لقد ذكرنا تعريف الإعاقة العقليّة أعلاه ونستطيع بناءاً على ذلك أن نقول: إنّ الإعاقة العقليّة هي إنخفاض وتدهور في الوظائف العقليّة العامّة أو توقّف تطوّر ونموّ العقل، ممّا يؤدّي إلى نقص معدّل الذكاء الذي لا يسمح للفرد بحياة مستقلّة وحماية نفسه من الأخطار العاديّة نتيجة نقص في قدراته العقليّة أو الفكريّة. وهي أيضاً حالة من عدم تكامل نموّ خلايا الدماغ أو توقّف نموّ أنسجته منذ الولادة أو في السنوات الأولى من الطفولة لسببٍ ما ، وهي كذلك نقص في الذكاء الذي ينشأ عنه نقصٌ في التعلُّم والتكيُّف مع البيئة على أن يبدأ ذلك قبل بلوغ الثامنة عشر من

العمر؛ فالإعاقة العقليّة إذًا خللٌ في المقدرة العقليّة يحدث منذ الولادة أو في فترات الطفولة المبكّرة .

ثمّة درجات للتخلّف العقليّ ، هي كالتالي :

1. **الإعاقة العقليّة البسيطة:**

تتراوح نسبة الذكاء بين 55-69 درجة وفقاً لإختبار الذكاء وكسلر. ويتوقف نموهم الذهني في سن 7-10 سنوات تقريباً. يمكنهم تعلم القراءة والكتابة بمستوى الصفوف الأولى من الإبتدائية. ومن صفاتهم الإكلينيكية ضعف الثروة اللغوية وعيوب في النطق. يحتاج إلى الرعاية الغير دائمة. واذا وجد الرعاية الكافية يستطيع الإندماج في الحياة (عمر نصر الله، 2002).

تعتبر فئة التخلف العقليّ البسيط من فئات التربية الخاصة. هذه الفئة من الأطفال يتم التعرف عليها عندما يدخلون المدرسة وخاصة في الصف الأول عندما يبدأ الأطفال بتعلم القراءة والكتابة والحساب. وتظهر عليهم مشاكل كبيرة في إكتساب هذه المهارات ونجد فجوة كبيرة بينهم وبين باقي الأطفال من نفس الجيل. ونجد أن هذه الفئة تستصعب في فهم المقروء وفي فهم المسائل الحسابية وفي فهم معاني المكان والزمان والمنطق. ونجد تفكيرهم محدود للغاية وهو يميل إلى التفكير المحسوس

اكثر منه إلى المجرد. ويشير فاروق مواسي (2007) في تعريفة للتخلف العقليّ البسيط بأنه ذلك الطفل الذي تتراوح نسبة ذكائه ما بين (70-55) على سلم الذكاء وكسلر. كما ويطلق عليهم أيضاً مصطلح الأطفال القابلين للتعلم. وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية عادية وتستطيع التعامل مع ظروف الحياة المحيطة. ويمكنهم التعلم إلى مستوى الصف الثالث الإبتدائي. وقد يتعلمون أمور مهنية بسيطة. ويتعلم هؤلاء الأطفال إما في مدارس خاصة للتخلف العقليّ البسيط أو في صفوف خاصة في مدارس عادية وأحياناً في برامج الدمج.

2. **الإعاقة العقليّة المتوسّطة:**

تتراوح نسبة الذكاء لدى هذه الفئة بين 40-54 وفقاً لسلم وكسلر للذكاء. ويتوقف النمو الذهني لديهم في سن 3-7 سنوات. يمكنهم تعلم المباديء الأساسية للقراءة والكتابة والحساب. ويمكن تدريبهم على القيام بأمور حياتية بسيطة. وهم بحاجة إلى الرعاية المكثفة من الآخرين، لصعوبة تكييفهم الإجتماعي(عمر نصر الله، 2002).

تعتبر فئة التخلف العقليّ المتوسط من فئات التربية الخاصة. وهم من ذوي الإحتياجات الخاصة. وفي غالبية الحالات يتم التعرف على

هذه الفئة مباشرة بعد الولادة، لأن ذلك يبدو على الأطفال من الناحية الجسمية والسلوكية، كذلك إضطرابات نيروعصبية مختلفة. وتعاني هذه الفئة من صعوبات كبيرة في التكييف الإجتماعي، وتحتاج إلى رعاية كبيرة في الأمور الحياتية. وتتعلم هذه الفئة من الأطفال في مدارس خاصة بهم تهتم لإحتياجاتهم التعليمية والتربوية الخاصة. وتقوم على بناء الخطط التربوية والتعليمية الملائمة لهم. وفي العادة تكون هذه الفئة ضعيفة جداً في القدرة على التعلم.وقدراتهم العقليّة لا تسمح لهم بالتقدم في التعلم، وخاصة القراءة والكتابة والحساب. وتعليمهم يعتمد في الأساس على تقوية المهارات الحياتية. وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من الأطفال مابين 55-40 درجة على سلم الذكاء في إختبار وكسلر. ويطلق على هذه الفئة من الأطفال مصطلح القابلين للتدريب. وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية قريبة من مظاهر النمو العادي في كثير من الحالات، ولكن يصاحبها مشكلات في المشي أو الوقوف. ويمكنهم القيام بمهارات مهنية بسيطة.

3. **الإعاقة العقليّة الشديدة:**

وهي حالة تنخفض فيها درجات الذكاء إلى أن تصل إلى 20-39 وفقاً لسلم الذكاء وكسلر.

ويتوقف النمو الذهني عند مستوى طفل في سن أقل من ثلاث سنوات. وهذه الفئة تحتاج إلى الرعاية الدائمة وكذلك الرعاية الطبية. هذه الفئة غير قابلة للتعليم وقابلة للتدريب (عمر نصر الله، 2002).

تعتبر فئة التخلف العقليّ الصعب من فئات التربية الخاصة. وهم من ذوي الاحتياجات الخاصة. هذه الفئة من الأطفال تعتبر من الفئات الصعبة في الإعاقة العقليّة. ويكون تطورها بطيء وصعب ويعانون من مشاكل كثيرة في مجالات النمو والتطور الحركي والحسي. ولا يستطيعون التكلم أو المشي أو الحركة في كثير من الحالات. وفي بعض الأحيان قد يتمكنون من نطق كلمة أو كلمتين مع تشوش في اللفظ . وتقع نسبة ذكاء هذه الفئة من الأطفال بين 20-39. ويطلق على هذه الفئة مصطلح الغير قابلين للتعلم. وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية مضطربة بالمقارنة بباقي الأطفال من نفس الفئة العمرية. ويتعلم هؤلاء الأطفال في مدارس خاصة للتخلف العقليّ الصعب. وتهدف برامج التعليم في هذه المدارس إلى تهيئة الأطفال للتكييف مع ظروف الحياة اليومية وتطوير مهاراتهم في مجالات الحياة كالقدرة على الأكل والشرب واللبس والنظام والنظافة. وهذه الفئة

لا تستطيع تعلم القراءة والكتابة والحساب. والعمل معهم يرتكز فقط على تأهيلهم للحياة.

4. **الإعاقة العقليّة العميقة:**

وهي أشد حالات الإعاقة العقلية تصل فيها درجات الذكاء إلى أقل من 25 درجة. وهذه الفئة تحتاج إلى رعاية دائمة ورعاية صحية. الفرق بينها وبين الإعاقة الشديدة أنه في حالات الإعاقة الشديدة الطفل يستجيب للبيئة المحيطة بشكل ما، اما الإعاقة العميقة فهو لا يستجيب أبداً. وهم غير قابلين للتعليم والتدريب.

تعتبر فئة التخلف العقليّ العميق من فئات التربية الخاصة. وهم من ذوي الاحتياجات الخاصة. هذه الفئة تقع ضمن نسبة ذكاء أقل من (25). ويتميزون بالسلوك الطفولي، ولا يستطيعون الكلام، ويحتاجون إلى رعاية وملاحظة مستمرة ودائمة. والعمل على تنمية مهاراتهم الحسية والحركية. وغالباً ما يعانون من إعاقات جسمية ومشاكل صحية كثيرة. والعمل التربوي معهم يقوم دائماً على تحسين المهارات الحياتية لديهم.

أمّا بالنسبة للمرض العقليّ، فقد ينتج بسبب تغيّرات كيميائيّة أو تلف في الدماغ. والمصاب يتكلّم ويتصرف بشكل غير طبيعيّ، ووظائفه العقليّة والجسديّة تكون في حالة غير طبيعيّة وبحالة اضطراب شديد .

من أعراض الأمراض العقليّة: العزلة عن الناس والابتعاد عنهم ، سماع أصوات غريبة، رؤية أشياء غير موجودة في الواقع، سلوك سلبيّ تجاه الأحداث، انعدام المسؤوليّة، إهمال في النفس والملابس والنظافة الشخصيّة، قلّة التركيز، وساوس وهميّة مرتبطة بشعور الفرد بالمخاوف والاضطهاد والظلم والحسد ممّن حوله ، شعور بعدم فهم الآخرين، إحساس الفرد بأنّ الناس تتكلّم عنه بالسوء والمغالاة والغرور، وينسب لنفسه شخصيّات عظيمة، مثل (أنا ملك عظيم) ، وحالات متعاقبة من الشعور بالحزن الشديد أو الفرح الشديد دون سبب مباشر، وحالات نشاط مستمرة غير عاديّة ، وكثرة الكلام في مواضيع غير مترابطة ، وأحيانًا يشتدّ في الصياح وينفعل ويزعق وقد يحطم الأشياء وقد يصبح عدوانيًّا، يضحك كثيرا وبصوت عالٍ .

إنّ أغلب الأمراض العقليّة يمكن الوقاية منها أو السيطرة عليها بشكل أفضل، إذا تمّ التعرف عليها مبكّرا. بالتالي لا يجوز التأخير في طلب المساعدة والاستشارة النفسيّة من المختصّين حتّى لو ظهرت المشكلة فجأة.

هناك عوامل كثيرة تلعب دورا مباشرا أو غير مباشر في إصابة الفرد بالأمراض العقليّة ، منها : تغيّرات كيمائيّة في الدماغ ، العوامل الوراثيّة، الأحداث السيّئة في

الطفولـة، الجوّ الأُسَريّ المضـطرب أو المفكّك ، عوامل اجتماعيّة ، كالفقر والبطالة وعدم توفّر السكن الملائم .
تبلـغ نسـبة الإعاقــة العقليّــة حـوالي 2.3% مـن مجمـوع السكان، خاصّـة فـي مرحلـة الطفولـة ، وهؤلاء تقلّ نسبة ذكائهم عن 70 (زهران ، 1977) .

الفروق بين الإعاقة العقليّة وبين المرض العقليّ :

- الإعاقـة العقليّـة تكـون منـذ الـولادة أو فـي الطفولـة المبكـرة. أمّـا المـرض العقلـيّ، فيظهـر فـي فتـرات متقدّمة من العمر نسبيًّا .
- وجــود خلــل فـــي النمــوّ الحركـــيّ لـــدى المعـــاقين عقليًّــا عــادةً، هــذا الأمــر لا يكــون لــدى المــريض عقليًّا .
- بُطء في النموّ اللغويّ لدى المعـاق عقليًّا. أمّـا لـدى المريض عقليًا ، فالنموّ اللغويّ يكون طبيعيًّا، لكنّـه مشوّش وغريب.
- قـدرة الـتعلّم لـدى المعـاق عقليًّـا تكـون منخفضــة وبطيئـة . أمّـا المـريض عقليًّـا، فيكـون الـتعلّم لديـه اختياريًّا ، أي قد يتعلّم أمورا معيّنة بدرجـة ممتـازة وأمورا أخرى يكون فيها سيّئًا .
- المعــاق عقليًّــا يكــون قليــل الانتبــاه للمحفّــزات . أمّا المريض عقليًّا ، فيكون شديد التأثّر والحساسيّة للمحفّزات .

- سلوك المعاق عقليًّا يتميّز بالتكرار، بينما يتميّز سلوك المريض عقليًّا بالغرابة.
- كلام المعاق عقليًّا قليل وموجز بخلاف المريض عقليًّا الذي يتميّز كلامه بعدم التواصل مع الآخرين وعدم الواقعيّة .

إختلافات حول تعريف مفهوم التخلف العقلي

لا شك أن التعريف الخاطئ أو المبهم لمفهوم التخلف العقلي يؤثر على الدراسة الصحيحة لهذه الفئة من الأطفال كما ويؤثر على التشخيص الفارق الصحيح (روبنشتين، 1989).

أن المفهوم الخاطئ للتخلف العقلي قد يؤدي إلى بناء خطط علاجية غير سليمة وسيكون من العسير اتخاذ قرارات صائبة بخصوص الأطر التربوية الملائمة لهذه الفئة من الأطفال.

من هذا المنطلق فان عملية التدقيق في تعريف مفهوم الإعاقة العقلية كانت عملية هامة وقد اهتم بها جمع كبير من علماء النفس والأطباء الدارسين في هذا المجال.

أن الإصابة الدماغية عند الطفل هي السبب الأساسي في التخلف العقلي. إلا انه ليس كل إصابة دماغية تؤدي إلى التخلف العقلي (روبنشتين، 1989) .

إن أشهر تعريف لمفهوم التخلف العقلي يمكن أن نجمله في الآتي: الطفل المتخلف عقلياً، هو ذلك الطفل الذي

اختل نشاطه العقلي المعرفي بصورة ثابتة، نتيجة إصابة عضوية دماغية وعصبية (عامود،2001).
أن هذا التعريف يشدد على أن التخلف العقلي يكون في حالة الإصابة الدماغية أو العصبية. من هنا كان التشخيص الفارق بين التخلف العقلي والإعاقات ألمشابهه أمر هام جدا ويحتاج إلى مهنية عالية وتجربة كبيرة.
على سبيل المثال، الطفل الأصم ـ الأبكم، إذا لم يتلق تعليم في إطار تربوي خاص وملائم، فانه سيترك لدى الآخرين انطباع بأنه متخلف عقلي، لأنه سوف يتأخر في نموه المعرفي عن أقرانه. فهل يمكن أن نطلق عليه متخلف عقلي ؟ بالطبع لا كما تشير إلى ذلك روبنشتين، 1989.
أن مصطلح التأخر المعرفي والتخلف العقلي مختلفان جداً. فقد تأخر الطفل الأصم ـ الأبكم عن أبناء جيله لأنه لم يكن في الإطار التربوي الملائم لاحتياجاته، ولو انه حصل على الرعاية والتربية الملائمتين وباستراتيجيات تعليمية خاصة وملائمة لأستطاع أن يعوض ما فاته وأن يغلق الفجوة بينه وبين أقرانه من حيث النمو العقلي. هذا إن لم تكن هناك إصابة دماغية أو عصبية (روبنشتين، 1989).
لا يقتصر هذا الأمر على فئة الصم-البكم فقط، بل ويشمل جميع من يعاني قصورا في الجهاز الحسي (أعضاء الحس)، وفي غياب تربية خاصة ملائمة في الوقت المناسب. قد نجد أن هذه الفئة من الأطفال قد تعاني من تأخر واضح في النشاطات المعرفية العليا (الذاكرة،

الإدراك، الانتباه ، اللغة). ولكن إن لم تكن إصابة دماغية فانه يمكن نفي التخلف العقلي (روبنشتين، 1989).
كما وان الأطفال المصابين بأمراض صعبة منذ الطفولة، ولم يتم الاعتناء بنموهم المعرفي فإنهم سيجدون أنفسهم في بداية المدرسة متخلفين عن أقرانهم (أبناء صفهم)، ويعانون من مشاكل وتأخر في ادراكاتهم. ورغم هذا لا يمكن أن نطلق عليهم "متخلفين عقليا"، إذا أنهم يستطيعون أن يغلقوا الفجوة بينهم وبين أبناء جيلهم خلال انخراطهم في المدرسة، طالما لا توجد لديهم إصابة دماغية أو عصبية.
ومن الفئات التي قد تقع خطأ تحت تعريف التخلف العقلي، فئة الأطفال الذين يسكن أهلهم بين شعوب وثقافات مختلفة عن ثقافتهم ولغتهم وعاداتهم. فإذا لم تتم عملية دمجهم بصورة سليمة عن طريق تعلمهم اللغة المحيطة بهم فإنهم سيظهرون تأخرا وصعوبات في اكتساب التعليم. الأمر الذي يخلق لدى المربين ميلا بضمهم إلى فئة المتخلفين عقلياً. ورغم تأخر نموهم المعرفي وبقاء نشاطهم المعرفي قاصراً إلى حد ما، فإنه لا يمكن أن نضمهم إلى فئة المتخلفين عقليا، طالما أن دماغهم خال من الإصابة العضوية (روبنشتين، 1989). كما وأن الدراسات الحديثة أشارت إلى أن هذه الفئة تنمو بصورة عادية في المستقبل فيما لو توفر لهم الجو المناسب.
إن هذا الإتجاه يشير إلى أهمية الإصابة الدماغية العصبية كمعيار في تعريف التخلف العقلي، إلا أنه توجد حالات

رغم الإصابة الدماغية لا تعتبر من فئة المتخلفين عقلياً، وذلك لعدم إختلال النشاط المعرفي، وهم يستطيعون التعلم بسهولة ويمكنهم التعلم في مدارس عادية.
على سبيل المثال، بعض الحالات المصابة بالإستسقاء الدماغي، والذين لا يختل لديهم النشاط المعرفي. وقد يعاني بعض الأفراد من أمراض دماغية صعبة دون إختلال القدرة العقلية، ونجد فقط أنهم يظهرون خصائص غريبة في سلوكهم وتصرفاتهم، إلا أنه لا يمكن ضمهم إلى فئة المتخلفين عقليا. إذاً، مما سبق يمكننا أن نقول أن تشخيص حالة التخلف العقلي تحتاج إلى معيارين أساسيين وهما:

1. إختلال النشاطات المعرفية العليا (الذاكرة، الانتباه، الإدراك، اللغة).
2. خلل عضوي في الدماغ أو الجهاز العصبي المركزي.

الإعاقة العقليّة وفقًا لفيجوتسكي :

ممّا لا شكّ فيه أنّ الكثير من العلماء والباحثين في مجال علم النفس تطرقوا إلى مجال نموّ الأطفال في حالات السواء وحالات اللاسواء، أمثال جان بياجية وجيزل وروبينشتاين وآخرين. الحقيقة أنّ هذه الأبحاث كان لها الدور الكبير والهامّ في نموّ وتطوّر العلوم السلوكيّة، خاصّة علم النفس النموّ وعلم النفس الطفوليّ. عندما نذكر هذه الفئة من العلماء، لا يمكننا أن ننسى "ليف سيمونيفيتش فيجوتسكى" العالم الروسيّ الذي كان له باع

طويل في هذا المجال. لقد ركّز فيجوتسكي في أبحاثه على العامل الثقافيّ والجتماعيّ في نموّ الأطفال وتطوّرهم. وهو يشير إلى أنّ العامل الاجتماعيّ هامّ في عمليّة تطوّر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصّة (Mamaijuk,2001) .

لقد وضع فيجوتسكي نظريّة مناقضة للنظريّة البيولوجيّة في تلك المرحلة التي تشير إلى أنّ الأطفال ذوي الإعاقات العقليّة يمرون في مراحل نموّ خاصّة، وهي تعتمد في أساسها على العوامل البيولوجيّة. يقول فيجوتسكي: إنّ العامل الاجتماعيّ يؤثّر على نموّ الفئتين ، وهو هامّ في عمليّة النموّ النفسيّ والسلوكيّ ، كما أنّه يساهم في بناء النشاطات المعرفيّة (Mamaijuk,2001) .

إنّ نظرة فيجوتسكي هذه جعلته يصنّف فئة الإعاقات العقليّة إلى مجموعتين:

1. مجموعة متعلّقة بالعوامل البيولوجيّة ، وذلك لكون أسباب الإعاقة تعود إلى جذور بيولوجيّة وفيزيولوجيّة (مثال: الإعاقة السمعيّة ، البصريّة، الحركيّة أو تلف دماغيّ) .
2. مجموعة متعلّقة بالأسباب الثقافيّة والبيئيّة .

كذلك يشير فيجوتسكي إلى عاملين هامّين في تحديد الإعاقات:

- عامل الزمن الذي تحدث فيه الإعاقة . إنّ معظم إعاقات النموّ تحدث في فترات الحمل أو في الفترات الأولى بعد الميلاد.

- درجـة الإعاقـة ومـدى تأثيرهـا علـى النشـاطات المعرفيّة .

تعريفات الإعاقة العقلية

إن مفهوم التخلف العقليّ متداول بشكل واسع ويشير إلى أداء عقلي عام اقل من المتوسط بدرجة دالة. ويظهر خلال الفترة النمائية ويصاحبه قصور في السلوك التكيفي. هناك العديد من الدراسات والأبحاث التي عكفت على تعريف التخلف العقليّ أو الإعاقة العقليّة. فيما يلي نذكر عددا من التعريفات المتداولة:

- **تعريف "هيبر" Heber,1959:** التخلف العقلي عند "هيبر"، عبارة عن انخفاض في الأداء الوظيفي الذهني العام عن المتوسط. ويظهر خلال المرحلة النمائية (الطفولة منذ الميلاد حتى جيل 16 عام)، ويرتبط بقصور في السلوك ألتكيفي.
- **تعريف "جروسمان" Grossman,1983:** تعريف التخلف العقليّ عند "جروسمان"، مشابه لتعريف التخلف العقليّ عند "هيبر"، فهو يتطرق في تعريفه للتخلف العقليّ إلى الأداء الوظيفي للفرد في العمليات العقليّة. فالمتخلف عقلياً هو ذاك الفرد الذي يكون أداءه الوظيفي دون المتوسط في العمليات العقليّة. ويرافق هذا الأداء المتدني متلازمة وقصور في السلوك التكيفي. بشرط أن يظهر خلال الفترة النمائية (فترة الطفولة).

- **تعريف "بندا" Benda:** اهتم هذا التعريف بالجانب الاجتماعي التوافقي والقدرة الاستقلالية للفرد. بحيث يشير إلى أن التخلف العقليّ هو قصور في القدرة على تدبير الشؤون الشخصية (كلبس الملابس، الاغتسال، الذهاب إلى الأماكن العامة بدون مساعده، القيام بالأمور المنزلية) وعدم القدرة على تعلم هذه الأمور.
- **تعريف "دول" Dole,1941:** يعتبر دول أن الكفاءة الاجتماعية هي المعيار الذي عن طريقه يمكننا تعريف التخلف العقليّ. فالتخلف العقليّ لديه، هو ذاك الفرد الغير كفء إجتماعياً ومهنياً، ولا يستطيع أن يدبر شؤونه الخاصة. وهو أيضا دون الأسوياء في القدرة الذهنية. ويبدأ التخلف العقليّ في جيل الطفولة، وأسبابه تعود إلى الوراثة أو الأمراض والإصابات الدماغية المكتسبة. نرى أن تعريف "دول" للتخلف العقليّ مشابه إلى درجة كبيرة لتعريف "بندا".
- **تعريف "ترجولد"، 1973:** يعرف "ترجولد" التخلف العقلي على انه، حالة من عدم اكتمال النمو العقلي، تؤدي إلى عدم القدرة على التكييف مع مطالب البيئة المحيطة، وبالتالي يحتاج إلى مساعدة الآخرين (مرسي،1996).
- **تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR):** لقد تبنت الجمعية الأمريكية للتخلف

العقلي تعريف "هيبر"، الذي ذكرناه سابقاً، وهو أن التخلف العقلي هو انخفاض الأداء الوظيفي العقلي عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد، ويصاحبه قصور في القدرة التكييفية، ويظهر في مراحل الطفولة (المرحلة النمائية) (الروسان،2007). إلا انه بسبب اعتماد هذا التعريف على انحراف درجة معيارية واحدة في نسبة الذكاء كحد فاصل بين العاديين أو المتخلفين عقلياً، تعرض للكثير من الانتقادات. فتبنت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تعريف "جروسمان" في عام 1973 والذي قدم تعريفاً جديداً للإعاقة الذهنية والذي ينص كما أسلفنا على مل يلي:

الإعاقة العقلية هي انخفاض في الأداء الوظيفي العقلي عن المتوسط بانحرافين معياريين، ويصاحب ذلك قصور في السلوك ألتكيفي، ويظهر خلال المرحلة النمائية، من الميلاد إلى سن 18 عام (الروسان،2007).

وفي عام 1993 ظهر تعديل جديد لتعريف الإعاقة العقلية والذي أشار إليه كل من "هنت" و"مارشال" (Hunt & Marshael,1993) والجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994)، والذي جاء فيه ما يلي:

التخلف العقلي عبارة عن قصور في العديد من الجوانب الأدائية للفرد والتي تظهر قبل سن الثامنة عشر. يكون انخفاض واضح في الذكاء (أقل من

درجة 70) وقصور كبير في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك ألتكيفي كالاتصال اللغوي، الاستقلالية، المهارات الاجتماعية، الصحة والسلامة، المهارات الأكاديمية، العمل (الروسان، 2007).

- **تعريف رابطة أطباء النفس الأمريكية (A. P. A):**
لقد نشرت رابطة أطباء النفس الأمريكية عام 1992 تعريفاً للتخلف العقلي في **DSM-4** وهي كالآتي: "هذه الحالة تتميز بقدرة عقلية تنخفض بشكل كبير عن المتوسط (اقل من 70)، والذي يظهر قبل جيل 18 سنة، مع وجود خلل في التكييف الاجتماعي (R.Hnan,2005).
- **تعريف رابطة علماء النفس الأمريكية (A. P. A):**
تعتمد رابطة علماء النفس الأمريكية في تعريفها للتخلف العقلي على ثلاث معايير، وهي:
  - **المعيار الأول:** قصور واضح في القدرة العقلية.
  - **المعيار الثاني:** قصور كبير في القدرة على التكييف الاجتماعي، مع وجود الأول.
  - **المعيار الثالث:** ظهر القصور قبل جيل 22.
- **تعريف الدكتور كمال إبراهيم مرسي:** يعرف الدكتور كمال إبراهيم مرسي التخلف العقليّ ، في كتابه "مرجع في علم التخلف العقليّ" ويقول :

" التخلف العقليّ هو حالة بطء ملحوظ في النمو العقليّ تظهر قبل سن الثانية عشر من العمر، ويتوقف العقل فيها عن النمو قبل اكتماله وتحدث لأسباب وراثية أو بيئية أو وراثية وبيئية معاً. ونستدل عليها من انخفاض مستوى الذكاء العام بدرجة كبيرة عن المتوسط في المجتمع، ومن سوء التوافق النفسي والاجتماعي الذي يصاحبها أو ينتج عنها" (مرسي، 1996).

تشخيص الإعاقة العقلية:

إنّ القدرة العقليّة تعتبر بناءً معقّدًا ومركّبًا . لذا ، فإنّ تحديدها أمر في غاية الصعوبة وهو يحتاج إلى أشخاص مهنيّين ومختصّين في هذا المجال. إنّ تشخيص الإعاقة العقليّة يتطلّب القيام بالأمور التالية :

- الفحص النفسيّ حيث يتمّ فيه تحديد نسبة الذكاء.
- التحصيل الأكاديميّ والتقدّم الدراسيّ.
- الفحص الطبّيّ والعصبيّ والمعمليّ.
- البحث الاجتماعيّ.

من هنا يجب على الوالدين والمربّين المبادرة بالتشخيص المبكّر لحالات الإعاقة العقليّة حتّى يمكن اتّخاذ الإجراءات اللازمة لمساعدتهم (زهران ، 1977).

نظـم المسـاعدة السـيكولوجيّة للأطفـال ذوي الإعاقـة العقليّة:

إنّ المسـاعدة السـيكولوجيّة للأطفـال ذوي الإعاقـة العقليّـة تعتبر هامّة جدًّا فـي عصـرنا الحـاليّ وهـي جزء لا يتجزّأ مـن منظومـة التصـحيح والتعـديل السـلوكيّ. إنّ مسـاعدة هـؤلاء الأطفـال تحتـاج إلـى الأخـذ فـي الحسـبان الأمـور التالية:

1. شكل الإعاقة ونوعها.
2. درجة الذكاء.
3. الخصائص الإنفعاليّة والعاطفيّة.

تشير البروفيسورة "إيرينا إيفانوفنا مامتشوك" من جامعة سانت بطرسبورغ في أبحاثها حول هذا الموضوع إلـى أنّ اختيار نوعيّة المساعدة السيكولوجيّة الصحيحة يحتاج إلى مراعاة الفروق والخصائص الفرديّة للأطفال ذوي الإعاقة العقليّة ، الأمر الذي من شأنه أن يسـاعد أكثر علـى تنميـة القدرات العقليّة والمعرفيّة لديهم (Mamaijuk,2001) .

إنّ المساعدة السيكولوجيّة لهذه الفئة من الأطفال تقوم على مبـدأ تعزيـز الجوانـب التاليـة : الجانـب الاجتمـاعيّ والإستقلاليّ، الجانب الأخلاقيّ والمهارات المعرفيّة التـي تلائم قدرات الطفل العقليّة والجسميّة .

إنّ المساعدة السيكولوجيّة تأخذ أشكالاً مختلفة ومتنوعة . هـذا التنـوّع يتعلّـق بالأهـداف التـي يقـوم عليهـا المخـتص (المربّـي، معلّـم التربيـة الخاصّـة، الأخصّـائيّ النفسـيّ، العامل الاجتماعيّ، الطبيب وغيرهم) ، وكلّ شكل من هذه

الأشكال يعتمد على نظريّات مختلفة في مجال علم السلوك.

ترتكز المساعدة السيكولوجيّة لذوي الإعاقة العقليّة على الجوانب التالية:

- توصيات لأُطر تربويّة وتعليميّة ملائمة.
- توصيات لبرامج وأساليب تعليميّة وتربويّة ملائمة.
- توصيات للمراهقين بأُطر مهنيّة ملائمة.
- تحديد جاهزيّة الطفل للمدرسة وللتعليم ومعرفة أسباب التأخّر الدراسيّ.
- بناء برنامج علاجيّ سلوكيّ تصحيحيّ .

إنّ المساعدة السيكولوجيّة ليست حصراً على الأخصّائيّين النفسيّين، بل يساهم فيها أيضًا عدد كبير من المختصين مثل الأطباء النفسيّين، أطباء الأعصاب، العاملين الاجتماعيّين والمعلّمين.

أشكال المساعدة السيكولوجيّة للمعاقين عقليًّا:

1. **الشكل التربويّ** الذي يبنى على مساعدة الأهل ودعمهم في تعاملهم مع أطفالهم وبناء الخطط والبرامج التربويّة المشتركة.
2. **الشكل التشخيصيّ** الذي يقوم على عمليّة تشخيص الأطفال وإجراء تحليل شامل عن وضعهم ، ويتضمّن التشخيص عدّة أخصائيّين: تربويّين ، أطباء ونفسيّين .

3. **الشكل الإجتماعيّ** الذي يقوم على مساعدة العائلات اجتماعيًّا كعمليّة التعارف بين العائلات التي لها أطفال ذوي احتياجات خاصّة ، تعريفهم بالجمعيّات للحصول على المساعدة وأمور على هذا النحو .
4. **الشكل الطبّيّ** الذي يتضمّن المساعدة الطبّيّة بكلّ أشكالها.
5. **الشكل النفسيّ** الذي يشمل المساعدة النفسيّة والسلوكيّة، كتعديل السلوك والصحّة النفسيّة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصّة.

العسر التعلمي

الواقع هناك العديد من الأبحاث والدراسات التي عملت على تعريف العسر التعلمي، ومن أشهرها الحالة التي يظهر صاحبها مشكلة أو أكثر في الجوانب التالية:

- القدرة على إستخدام اللغة أو فهمها.
- القدرة على الإصغاء والتفكير والكلام.
- القراءة أو الكتابة.
- العمليات الحسابية البسيطة.

وقد تكون هذه المظاهر مجتمعة وقد تظهر منفردة. وقد يكون لدى الطفل مشكلة في إثنتين أو ثلاث مما ذكر، **وذلك بسبب إضطراب وظيفي في الجهاز العصبي المركزي أي خلل في الوظائف الدماغية**. فالعسر التعلمي يعني وجود مشكلة في التحصيل الأكاديمي (الدراسي)، في مواد القراءة، الكتابة أو الحساب. وغالبًا يسبق ذلك مؤشرات، مثل صعوبات في تعلم اللغة الشفوية (المعيارية)، فيظهر الطفل تأخراً في إكتساب اللغة، وعلى الأغلب يكون ذلك مصحوباً بمشاكل نطقية، وينتج ذلك عن صعوبات في التعامل مع الرموز، حيث أن اللغة هي مجموعة من الرموز المتفق عليها بين متحدثي اللغة والتي يستخدمها المتحدث أو الكاتب لنقل رسالة (معلومة أو شعور أو حاجة) إلى المستقبِل، فيحلل هذا المستقبِل هذه الرموز، ويفهم المراد مما سمعه أو قرأه. ويعاني ذوو

العسر التعليمي من تباين شديد بين المستوى الفعلي (التعليمي) والمستوى المتوقع المأمول الوصول إليه. فنجد أن بعض التلاميذ من المفترض حسب قدراتهم ونسبة ذكائهم التي قد تكون عادية أو فوق العادية أن يصلوا إلى الصف الرابع أو الخامس الإبتدائي في حين أن مستواهم التعليمي قد يبقى في الصف الأول ولم يصلوا إلى مستوى بقية التلاميذ (الروسان،2007).

ويتميز الطالب الذي يعاني من العسر التعلمي بـ :

- وجود فارق سنتين على الأقل، بين تحصيله التعليمي وبين المتوقع منه.
- وجود فارق بين تحصيله التعليمي وبين قدراته العقلية.

إن الطالب الذي يعاني من العسر التعلمي، لا يعاني من إعاقة عقلية أو حسية (سمعية أو بصرية) أو يعاني حرماناً ثقافياً، بيئياً أو اضطراباً إنفعالياً، عاطفياً. بل هو طفل ذكي ولا يعاني من خلل عقلي. إنه يعاني إضطراباً وظيفياً في النشاطات النفسية الأساسية التي تشمل الإنتباه والإدراك وتكوين المفهوم والتذكر وحل المشكلات الحسابية، (عبد الرحمن السويد،2006).

كل هذا نراه في عدم القدرة على تعلم القراءة والكتابة والحساب وما يترتب عليه سواء في المدرسة الابتدائية أو فيما بعد من قصور في تعلم المواد الدراسية المختلفة لذلك يلاحظ الاباء والمعلمون أن هذا الطفل لا يصل إلى نفس المستوى التعليمي الذي يصل إليه زملاؤه من نفس السن

على الرغم مما لديه من قدرات عقلية ونسبة ذكاء متوسطة أو فوق المتوسطة. ويعتقد أن ذلك يرجع إلى صعوبات في عمليات الإدراك نتيجة خلل بسيط في أداء الدماغ لوظيفته.

إن الأشخاص ذوي العسر التعلمي يعانون من صعوبات في: اللغة، إستيعاب الحواس، التنسيق بين الحواس، التفكير، الإلمام بالزمان والمكان، السلوك، المهارات المكتسبة، (القراءة، الكتابة، الإملاء، التعبير الكتابي)، التكييف الإجتماعي والعاطفي، وجود صعوبات عند الطفل في مسك القلم واستخدام اليدين في أداء مهارات مثل: التمزيق، القص، التلوين والرسم، مهارات الرواية، مشاكل عند الطفل في اكتساب الأصوات الكلامية أو حذف أو زيادة أحرف أثناء الكلام (الروسان،2007). بالإضافة إلى هذه الأمور قد يعاني الأطفال ذوي العسر التعلمي من مشاكل في التركيز والإنتباه يمكن تلخيصها فيما يلي:

- صعوبة إتمام نشاط معين وإكماله حتى النهاية.
- صعوبة المثابرة والتحمل لوقت مستمر (غير متقطع).
- سهولة التشتت أو الشرود، أي ما نسميه (السرحان).
- صعوبة تذكر ما يُطلب منه (ذاكرته قصيرة المدى). تضييع الأشياء ونسيانها.
- قلة التنظيم.

- الإنتقال من نشاط لآخر دون إكمال الأول.
- عند تعلم الكتابة يميل الطفل للمسح (المحو) باستمرار.

تصنيف عسر التعلم

يمكن تصنيف العسر التعلمي إلى:

1. **عسر تعلم نمائي:** وهو يتعلق بنمو القدرات العقلية والعمليات المسئولة عن التوافق الدراسي للطالب وتوافقه الشخصي والإجتماعي والمهني ويشمل صعوبات (الإنتباه، الإدراك، التفكير، التذكر، حل المشكلة) ومن الملاحظ أن الإنتباه هو أولى خطوات التعلم وبدونه لا يحدث الإدراك وما يتبعه من عمليات عقلية مؤداها في النهاية التعلم وما يترتب على الإضطراب في إحدى تلك العمليات من إنخفاض مستوى التلميذ في المواد الدراسية المرتبطة بالقراءة والكتابة وغيرها.
2. **عسر تعلم أكاديمي:** وهو يشمل صعوبات القراءة والكتابة والحساب وهي نتيجة ومحصلة لصعوبات التعلم.

هناك خمسة معايير يمكن بها تحديد العسر التعلمي والتعرف عليه وهي:

- **وفقاً لمعيار التباعد:**

ويقصد به تباعد المستوى التحصيلي للطالب في مادة عن المستوى المتوقع منه حسب حالته وله مظهران:

1- التفـــاوت بـــين القـــدرات العقليـــة للطالـــب والمستوى التحصيلي.
2- تفاوت مظاهر النمو التحصيلي للطالب في المقـررات او المـواد الدراسـية. فقـد يكـون متفوقـاً فـي الرياضـيات عاديـاً فـي اللغـات ويعـــاني صـــعوبات تعلـــم فـــي العلـــوم او الدراسات الإجتماعية وقد يكون التفاوت في التحصيل بين اجزاء مقرر دراسي واحد ففي اللغة العربية مثلا قد يكون طلق اللسان في القـراءة جيـدا فـــي التعبيـر ولكنـــه يعـــاني صعوبات في استيعاب دروس النحو او حفظ النصوص الادبية.

- **وفقاً لمعيار الإستبعاد:**

حيـث يسـتبعد عنـد التشـخيص وتحديـد فئـة صـعوبات الـتعلم الحـالات الاتيـة: التخلـف العقلـي، الاعاقـات الحسية، المكفوفين، ضعاف البصر، الصم، ضعاف السمع، ذوو الاضطرابات الإنفعاليـة الشـديدة مثـل الإندفاعية والنشاط الزائد (حالات نقص فرص التعلم او الحرمان الثقافي).

- **وفقاً لمعيار التربية الخاصة:**

ويـرتبط بالمعيـار السـابق ومفـاده أن ذوي صـعوبات التعلم لا تصلح لهم طرق التدريس المتبعة مع التلاميذ العاديين فضلا عن عدم صلاحية الطرق المتبعة مع المعاقين وإنما يتعين توفير لون من التربية الخاصة

من حيث (التشخيص والتصنيف والتعليم) يختلف عن الفئات السابقة.

- **وفقاً لمعيار المشكلات المرتبطة بالنضوج:**

حيث نجد معدلات النمو تختلف من طفل لآخر مما يؤدي إلى صعوبة تهيئته لعمليات التعلم كما هو معروف أن الأطفال الذكور يتقدم نموهم بمعدل ابطأ من الإناث مما يجعلهم في حوالي الخامسة او السادسة غير مستعدين او مهيئين من الناحية الادراكية لتعلم التمييز بين الحروف الهجائية قراءة وكتابة مما يعيق تعلمهم اللغة ومن ثم يتعين تقديم برامج تربوية تصحح قصور النمو الذي يعيق عمليات التعلم سواء كان هذا القصور يرجع لعوامل وراثية او تكوينية او بيئية ومن ثم يعكس هذا المعيار الفروق الفردية بين الجنسية في القدرة على التحصيل (القشاعلة، 2014).

- **وفقاً لمعيار العلامات الفيزيولوجية:**

حيث يمكن الاستدلال على صعوبات التعلم من خلال التلف العضوي البسيط في المخ الذي يمكن فحصه من خلال رسام الدماغ الكهربائي وينعكس الاضطراب البسيط في وظائف الدماغ في الاضطرابات الادراكية (البصري والسمعي والمكاني، النشاط الزائد والاضطرابات العقلية، صعوبة الاداء الوظيفي). (محمد علي عبدالعزيز- القسم التعليمي- بشبكة الخليج). ويقول د. عبد الرحمن السويد في مقال نشر له بعنوان (ما هي صعوبات التعلم): « ليست المشاكل

الدراسية هي الوحيدة، بل أن العديد من المظاهر السلوكية أيضاً تظهر لدى هؤلاء الأطفال، بسبب عدم التعامل معهم بشكل صحيح مثل العدوان اللفظي والجسدي، الإنسحاب والإنطواء، مصاحبة رفاق السوء والإنحراف، فرغم أن المشكلة تبدو بسيطة، إلا أن عدم النجاح في تداركها وحلِّها مبكرًا قد ينذر بمشاكل حقيقية» (من القشاعلة، 2014).

من هذا المنطلق علينا مراعاة هؤلاء الأطفال وتدارك هذه المشكلة في السنوات المبكرة من حياتهم كي نتمكن من تفهم الطفل ومساعدته في التغلب على مشكلته، وهنا يكمن دور المعلم والمربي في المدرسة والذي من واجبه أن يعلم ماهية العسر التعلمي حتى يتمكن من تشخيص الطفل مبكراً وتوجيهه إلى المختصين لمساعدته على كيفية التعامل مع مثل هذه الحالات وفي بناء خطة تعليمية تلائم احتياجات الطفل الخاصة وأذكر هنا على وجه التحديد الأخصائي النفسي في المدرسة (القشاعلة، 2014).

الخصائص النفسية والسلوكية لذوي العسر التعلمي

يمكن أن نجمل الخصائص العامة لذوي العسر التعلمي فيما يلي (ميادة الناطور، 2007):

أولاً: صعوبات التحصيل الأكاديمي.

من الصفات الأولية للعسر التعلمي نجد مشكلات التحصيل الأكاديمي.

ونستعرض فيما يلي أبرز المشكلات الأكاديمية التي يعاني منها ذوو العسر التعلمي، وهي:

1- **القراءة :** إن القراءة تشكل المشكلة الأكبر بالنسبة لذوي العسر التعلمي. وهم يواجهون ثلاث مشكلات رئيسية في هذا المجال (ميادة الناطور، 2007):

- **فك الرموز:** وهي القدرة على تحويل الرموز المكتوبة إلى منطوقة. وهذه العملية تعتمد على الوعي الصوتي. الوعي الصوتي هو القدرة على فهم أن الكلمة مكونة من مقاطع صوتية.
- **الطلاقة:** والمقصود هو قدرة الشخص على القراءة بصورة سلسة وطلقة بدون بذل جهود كبيرة. ويتأثر هذا من مشمكلات فك الرموز.
- **الإستيعاب القرائي:** ويقصد هنا بقدرة الفرد على إسترجاع المعنى مما قرأ، أي فهم المقروء. ويتأثر ذلك من مشاكل الطلاقة.

2- **اللغة المكتوبة**

ويمكن تحديد مشاكل اللغة المكتوبة لدى ذوي العسر التعلمي في ثلاثة جوانب وهي: **الخط** ، **التهجئة والإملاء**، **التعبير الكتابي** (ميادة الناطور، 2007).

3- **اللغـــة الشــفهية:** يواجــه ذوو العســر التعلمـــي المشكلات التالية :

- إســتخدام قواعــد اللغــة بالصــورة الصــحيحة (Syntax).
- فهم معاني الكلمات (Semantics).
- مشـاكل فـي الأصـوات الكلاميـة والقـدرة علـى تجزئتها (Phonology).
- مشكلات في الجانب الإجتماعي (Pragmatics). مشــاكل فــي إســتقبال المحادثــة أو فــي إنتــاج محادثة بناءة.

4- **الحساب:** يعاني ذوي العسر التعلمـي من مشكلات عديـدة فـي موضـوع الحسـاب وبـالأخص العمليـات الحســابية (الجمــع، الطــرح، الضــرب والقســمة) وكــذلك حــل المســائل الحســابية اللفظيــة (ميــادة الناطور، 2007).

ثانياً: مشاكل في الإدراك الحسي والتآزر الحركي.

ثالثــاً: إضــطرابات فــي الإنتبــاه والتركيــز والنشــاط الزائد.

رابعاً: مشاكل معرفية ومشاكل في الذاكرة.

خامساً: مشاكل إجتماعية إنفعالية.

سادساً: مشاكل في الدافعية.

تعليم ذوي العسر التعلمي:

يحتاج الطلاب من ذوي العسر التعليمي إلى خطط تربوية وتعليميــة خاصــة بهــم وملائمــة لقــدراتهم. وعلــى الأغلــب

يتعلم ذوو العسر التعليمي في مدارس عادية بواسطة برنامج الدمج. في القدم كان هناك مدارس خاصة بهذه الفئة ولكن بعد دراسات تربوية تبين أن عزل هذه الفئة عن الطلاب العاديين يؤدي إلى الكثير من المشاكل الإجتماعية.

الإختلافات بين التلاميذ الذين يعانون من العسر التعلمي:

يختلف التلاميذ الذي يعانون من العسر التعلمي في مجالات العسر الذي يعانون منه وفي قوته وتاثيره على الأداء التعليمي والعاطفي والإجتماعي. ويمكن ان يكون للتلميذ عسر معين في مجال معين واحد او اكثر وتتراوح صعوبة العسر التعلمي من خفيفة إلى صعبة. ومن هنا نقول ان التلاميذ الذين يعانون من العسر التعلمي لا يمكن وضعهم في إطار واحد متجانس وانما يجب بناء خطة خاصة تلائم قدراته وصعوباته.

تنعكس الصعوبات بالأساس في عدة مجالات للمهارات المكتسبة:

- **العسر القرائي / Dyslexia**

كلمة Dyslexia هي كلمة يونانية الأصل، وهي من مقطعين Dys، تعني كلمة نقص (غير متكامل) ومقطع Lexia ، وتعني كلمات أو لغة وعلى ذلك فهي تعني قصور أو ضعف أو ركاكة القدرة على الاتصال اللغوي ومن ثم أصبح المعنى الذي تشير إليه كلمة Dyslexia صعوبة قراءة الكلمات المكتوبة. يظهر العسر التعلمي في القراءة من خلال صعوبات عديدة تتجلى في مشاكل في

إكتساب مهارات القراءة، بطء بالقراءة، تشويهات بالنطق وصعوبة استخلاص المعنى من المقروء، وكذلك بالتعامل مع نصوص طويلة وفهمها. وبعض انواع العسر التعلمي في القراءة تنتج عن صعوبات لغوية مثل صعوبات بالوعي الصوتي الفونولوجيا، صعوبات بالتسمية، صعوبات في مبنى الجملة. التأخر والاضطراب في تتطور اللغة يؤدي،احيانا، الى تطور عسر القراءه (الديسلكسيا). صعوبات اخرى بالقراءة تكون نتيجة لصعوبة في التمييز البصري مثل التمييز بين الاتجاهات والتمييز بين اشكال الحروف وماشابه ذلك .

- **العسر الكتابي / Dysgraphi**

صعوبة في إتقان مهارتي الكتابه والتعبير الكتابي. ويمكن تلخيص أنواعها: خط غير مقروء، كتابه بطيئة وخط صغير، خط مضغوط ، حروف مقلوبة. وهذا يؤدي إلى نسيان ما يريد الطفل كتابته، صعوبات في النسخ عن اللوح وصعوبات في الوظائف البيتيه. الأسباب لذلك هي صعوبة في إسترجاع المفردات من الذاكرة، صعوبات في حركات اليد والأصابع وخاصة الحركات الدقيقة وتنسيق بين اليد والعين.

- **فقدان القدرة على الكتابة / Agraphia**

هذا المصطلح يشير إلى شكل من أشكال الحبسة يجعل الفرد غير قادر على ممارسة الكتابة، نتيجة لإصابته بخلل في الجهاز العصبي المركزي.

ويبدو أن المصابين بهذه الحالة لا يستطيعون ربط الصور الذهنية للكلمات بالتنقلات الحركية التي تقوم بها اليد أثناء كتابتها. بمعنى عام يمكننا القول أنها فقدان القدرة على الكتابة أو التعبير عن الأفكار في الكتابة بسبب خلل في الدماغ.

- **العسر الحسابي / Dyscalculia**

ويشير هذا المصطلح إلى عجز في إكتساب كل ما يتعلق بالعمليات الحسابية. كمهارة المعالجه الحسابية، الفهم الحسابي والحل الحسابي. العسر الحسابي أو العجز الحسابي يتميز بصعوبات في فهم الرموز الحسابية، اتجاهات الأرقام، فهم المسائل الكلامية، ترتيب الأرقام حسب الأكبر أو الأصغر وفهم الكميات بدون عد.

- **صعوبة التهجئة / Dysorthography**

يطلق هذا الإضطراب على الحالات التي يظهر فيها العجز عن تهجئة الكلمات، كالأسماء والأفعال والصفات وغيرها. ويتعتبر هذه الصعوبة من مميزات العسر القرائي.

- **صعوبة التعبير/ Acataphasia**

ويطلق هذا المصطلح على الحالات التي فيها يعجز الفرد عن التعبير الشفهي عن الأفكار بصورة مفهومة ومترابطة أو بصورة منطقية.

إضطراب الإصغاء والتركيز
مع فرط الحركة وبدونها
(ADD ، ADHD)

إن "إضطراب نقص الإصغاء"، حالة منتشرة بين الأطفال، كما وأن نسبتها في ازدياد. إن "مشاكل نقص الإصغاء" قد يلاحظه الأهل في البيت، إذ يجدون فرقاً شاسعاً بين طفلهم وبين بقية إخوته من حيث التركيز، وقد تلاحظ هذه الحالة أيضا في رياض الأطفال وفي المدارس خاصة في بداية التعليم. وهي وبدون شك تقلق الأهل بشكل كبير، ونجد أن الأهل يسعون إلى حل هذه المشكلة وخاصة في المدرسة، لأنهم يعلمون أن مثل هذه المشكلة قد تعيق عملية التعلم. فالعملية التعليمية تحتاج إلى قدرات كافية من الإنتباه والتركيز.

إن أسباب "إضطراب نقص الإصغاء والتركيز" لدى الأطفال، قد تكون إضطراب وظيفي في عملية نمو القدرة على السيطرة والتحكم في الذات، في مراكز الدماغ. وتتصف هذه الفئة من الأطفال بقصر المدة الزمنية لدرجة إنتباههم، ولا يستطيعون أن يستمروا في نشاط معين أو لعبة معينة إلى النهاية، وأحياناً يبدون وكأنهم لا يسمعون حينما نتحدث إليهم، وعادة ما ينسون حاجياتهم أو ينسون أين وضعوا أقلامهم أو كتبهم، ونجدهم أيضاً يعانون من صعوبات في النظام والتنظيم. ويوجد أيضاً **إضطراب الإصغاء والتركيز مع الحركة الزائدة (ADHD)** وهم لا

يستطيعون أن يثبتوا في مكانهم أو مقاعدهم للمدة المطلوبة، ونراهم عادة يتسلقون الأثاث ويركضون في كل مكان وزاوية في المنزل، السوق، الشارع والمدرسة، ويصفهم الناس بأنهم لا يهدأون، وهم مزعجون. ويتصفون كذلك بالإندفاعية وردود الفعل السريعة وعادة تكون خاطئة. ويجيبون على الأسئلة قبل الإنتهاء من السؤال ولا يستطيعون أن ينتظروا دورهم. كذلك يوجد فئة من الأطفال يعانون فقط من **إضطراب الإصغاء والتركيز وبدون حركة زائدة (ADD).** إن نسبة الإصابة في الأولاد وفقاً للاحصائيات أكثر من البنات ومن الجدير بالذكر أن هذه المشكلة لها تأثير على تطور الطفل ودرجة تحصيله العلمي. فالكثير من الدراسات أشارت إلى أن نسبة كبيرة منهم يعانون من العسر التعليمي.

الأسباب:

- السبب الأساسي غير معروف، ولكن الوراثة عامل مهم، حيث أظهرت الأبحاث الأخيرة على التوائم أن نسبة الوراثة تصل إلى نسبة عالية جداً.
- إصابات الجهاز العصبي المركزي قبل أو أثناء الولادة.
- نقص الأوكسجين خلال الولادة أو في مرحلة الطفولة.
- الولادة المبكرة، والولادة العسرة.
- إصابات الدماغ بسبب التهابات أو سموم.

- تنـــاول الأدويـــة أثنـــاء الحمـــل، دون استشـــارة طبيب.
- خلل في وظائف الدماغ الكيميائية.

في الأطر التعليمية:

وظيفة المعلم، تكمن في التشخيص المبكر، إذ أن المعلم هو الذي يستطيع أن يلاحظ هذه المشكلة لكونه يقضي وقتاً كافياً معه في الصف كما وأنه يستطيع أن يلاحظ المشاكل الأساسية التي يعاني منها التلميذ وخاصة في الصفوف الأولى. لذا كان على المعلم أن يفهم ماذا تعني حالة «أضطراب الإصغاء والتركيز» لدى الأطفال وذلك لمساعدة التلميذ وتوجيهه إلى المختصين وبناء خطة تعليمية تلائم احتياجاته وكذلك توعية الأهل.

العلاج السلوكي:

يقوم به الأخصائي النفسي في المدرسة، بالتعاون مع المعلم والأهل، حيث يوضع برنامج خاص للطفل، ينفذ في البيت بالتعاون مع الأهل، وفى المدرسة. ويعتمد على نظام تعزيز السلوك الجيد، وهو فعال إذا نُفذ بطريقة صحيحة.

العلاج بالأدوية:

وهذا يكون بتدخل الطبيب (طبيب الأعصاب)، وهو الذي يقرر نوع الدواء وكميته، وهناك بعض الأدوية الفعالة ونذكر على سبيل المثال (الريتالين) وغيرها من الأدوية التي تعالج هذه الحالة، وقد ثبت أنها تقلل من الحركة الزائدة وترفع الأداء العقلي وتزيد من قوة التركيز.

الإعاقة الجسدية والصحية

نستطيع أن نقول أن الجهاز الحركي يتكون من:

- **العظام:** وهي القوائم التي يقوم عليها الجسم كما في عظام الساقين والذراعين والعمود الفقري والدرع التي تحمي الأحشاء والأعضاء الداخلية الهامة كما في الضلوع التي تحمي القفص الصدري والجمجمة التي تحمي الدماغ .
- **المفاصل:** المفصل هو محور إرتكاز عظمتين ويسمح بحركة الثني والمد وهو مبطن بالغشاء الزلالي في الكثير من المفاصل وظيفته تغذية المفصل. يغطي سطح العظام في منطقة المفصل غضاريف تكون ملساء وتساعد هذه الخاصية على سهولة حركة العظام أثناء الحركة بدون إحتكاك.
- **أربطة المفاصل:** وظيفتها إعطاء المفصل درجة من الثبات أثناء الحركة مما يساعد على مقاومة الإصابات للمفصل
- **العضلات:** ووظيفتها إحداث الحركة ، فهي تحرك العظام عند محور الإرتكاز الذي تشكله المفاصل.

التآزر الحركي:

مصطلح يشير إلى القدرة على تأدية الأنشطة التي تتطلب دمج المهارات الحركية لهدف واحد. كحركة اليدين أو القدمين. والتآز الحركي مطلوب لتوازن الجسم وجميع حركاته. وهو أيضاً إستخدام وتنسيق حركة العضلات لتحقيق هدف محدد، وتشمل المهارات الحركية الكبيرة ، المهارات الحركية الدقيقة، والمهارات الحس حركية.

التآزر البصري – حركي:

يقصد بالتآزر البصري - حركي تلك القدرة على تنسيق البصر وحركات الجسم أو أجزاء منه. وتسمى هذه القدرة أيضاً بالتطابق الإدراكي - الحركي أو التكامل البصري - الحركي.

تعريف الإعاقة الجسدية والصحية :

إن مصطلح الإعاقة الجسدية هو مصطلح عام ومركب، وهو مفهوم شامل يضم إعاقات عديدة ترتبط بميزة عدم القدرة على الحركة أو صعوبات في الحركة والقدرة الجسمية وإستخدام الجسد (جمال الخطيب، 2007).

يمكن أن نقسم الإعاقة الجسدية والصحية إلى صنفين:

1. إعاقة ظاهرة للعين، مثل الشلل الدماغي، إنحناء الظهر، شلل الأطفال.
2. إعاقة غير مرئية، مثل: الثلاسيميا، فقر الدم المنجلي.

ونجد أن المجتمع يتصرف بصورة مختلفة حيال النوعين، فالنوع الأول وهو الإعاقة المرئية ويكون سلوك الناس

تجاهها مختلفاً بصورة كبيرة عن النوع الثاني وهو الغير مرئي.

الإعاقة الحركية:

مصطلح يعني حدوث خلل لحركة معينة في جسم الإنسان يمنعها من القيام بوظيفتها الصحيحة. والأسباب تختلف من حالة إلى أخرى. وفي غالبية حالات الإعاقة الحركية يكون السبب شلل ناتج عن خلل في الجهاز العصبي.

تصنيف الإعاقة الجسدية والصحية:

يمكن أن نصنف الإعاقة الجسمية والصحية إلى (جمال الخطيب، 2007):

- **المشكلات العصبية،** التي تنجم عن إصابات مختلفة في الجهاز العصبي المركزي (الدماغ، النخاع الشوكي).
- **المشكلات العضلية \ العظمية،** وهي إصابات العضلات والعظام والتي تؤثر على الحركة.
- **الأمراض المزمنة،** وخاصة الأمراض التي تحتاج إلى رعاية مستمرة.

الإصابات التي تؤدي إلى الإعاقة الجسدية (جمال الخطيب، 2007)**:**

- إصابات الحبل الشوكي. وهي الإصابات المتعلقة بالجهاز العصبي المركزي.
- إصابات الرأس. وهي كل ما يتعلق بإصابات الدماغ.

- الإضطرابات الإختلاجية. وهي نشاطات مفرطة وغير طبيعية في الخلايا العصبية في القشرة الدماغية.
- إنحناءات العمود الفقري.
- البتر.
- تشوهات جسمية.
- تشوهات قلبية.
- الثلاسيميا.
- السكري.
- شلل الأطفال.
- الضمور العضلي.

سنتطرق للشلل الدماغي كمثال على الإعاقة الحركية:

الشلل الدماغي:

إن «الشلل الدماغي» هو عبارة عن إضطراب حركي يرتبط بالتلف الدماغي. وتظهر صور هذا الإضطراب على شكل شلل أو ضعف أو عدم توازن في الحركة، ويطلق إسم «الشلل الدماغي» على الحالات التي يحدث فيها التلف الدماغي من الولادة أو في المراحل العمرية المبكرة جداً، أما إذا حدث التلف في مرحلة الرضاعة فما فوق فالحالة لا تعتبر شلل دماغي رغم أن الطفل قد يظهر نفس الخصائص الجسمية والسلوكية التي يظهرها الأطفال الذين يعانون من «الشلل الدماغي». كما وأن «الشلل الدماغي» ليس معدياً، وليس قابل للشفاء، فهو أنه حالة تلازم الإنسان حتى الممات، إلا أن التلف الدماغي

المسئول عن الشلل لا يزداد. والأطفال ذوي «الشلل الدماغي» بحاجة إلى رعاية وعلاج مبكر حتى لا تتدهور حالتهم مع مرور الوقت. أشارت الدراسات إلى أن نسبة عاليه من حالات «الشلل الدماغي» تعاني من التخلف العقليّ، وذلك لكون الأسباب التي تؤدي إلى «الشلل الدماغي» هي نفسها التي تسبب «التخلف العقليّ». وهذا يعني أنه ليس كل حالات «الشلل الدماغي» تعاني من تخلف عقلي لأن العلاقة بين الإصابة الجسمية ومستوى الذكاء ليست علاقة ترابط. من الصعب تحديد مستوى الذكاء في حالات «الشلل الدماغي» بسبب صعوبات النطق وضعف القدرة على التعبير الكلامي. فقد يبين لنا أحد الاختبارات العقليّة أن الطفل المصاب «بالشلل الدماغي» يعاني من تخلف عقلي وهو ليس كذلك، ولكن وضعه الجسمي أدى إلى عدم تمكنه من إكتساب الكثير من المهارات والأنشطة المعرفية. وقد أظهرت الكثير من الأبحاث أن الأطفال الذين يعانون من «الشلل الدماغي» قد يعانون من ضعف سمعي أو بصري، إضطرابات في الكلام واللغة، نوبات من الصرع، إعاقة إدراكية وسلوكية. ومن الجدير بالذكر أن هؤلاء الأطفال يختلفون الواحد عن الاخر (القشاعلة، 2015).

يمكن تقسيم الشلل الدماغي إلى ثلاث أقسام:

1. **الشلل الدماغي البسيط:** والذي يعاني فيه الطفل من مشكلات محدودة ولا تتطلب تدخلا طبياً.

2. **الشلل الدماغي المتوسط:** والذي تتطور فيه المهارات الحركية لدى الطفل في نهاية الأمر مع أنه قد يحتاج إلى أدوات مساندة للحركة وللعناية بالذات.
3. **الشلل الدماغي الشديد:** والذي تحد فيه الإعاقة الحركية من مقدرة الطفل على العناية بنفسه وتحول دون تمكنه من الكلام بطريقة طبيعية ومن الحركة المستقلة بحيث أنه يتطلب علاجا مكثفا ومتواصلا. كما ويصنف «الشلل الدماغي» وفقا للأطراف المصابة، فيسمى شللا نصفياً إذا إقتصرت الإصابة على أحد جانبي الجسم، وشللاً سفلياً ًإذا كان الشلل في الأطراف السفلية، وشللاً رباعياً عندما تكون الأطراف الأربعة مصابة بالشلل. إن الأطفال المصابين «بالشلل الدماغي» يتعلمون في اطر تربوية خاصة وفق لنوع الشلل ووفقاً لاحتياجاتهم الخاصة (القشاعلة، 2015).

الإعاقة السمعية

حاسة السمع:

حاسة السمع تكون متطورة جداً لدى المولود منذ الميلاد. وتشير العديد من الدراسات في هذا المجال الى أن المولود يدير رأسه نحو مصدر الصوت. ونجده أيضاً يبحث بعينيه عن مصدر الصوت.

يتم استقبال الموجات الصوتية من البيئة الخارجية، حيث ترتطم بالصيوان الذي يوجهها إلى قناة السمع الخارجية. وترتطبم الموجات الصوتية بطبلة الأذن التي تقوم بالإهتزاز وتحريك المطرقة والسندان والركاب على التوالي. ثم تهتز القوقعة وترسل مؤشرات إلى العصب البصري ثم إلى مراكز السمع في الدماغ، وبهذا الشكل يتكون الصوت (ابراهيم الزريقات، 2007).

تكوين الأذن:

1. الأذن الخارجية.
2. الأذن الوسطى.
3. الأذن الداخلية.

الإعاقة السمعية:

ويقصد بهذا المصطلح عندما تحدث مشاكل قد تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي، إلى الدرجات

الشديدة جداً والتي ينتج عنها صمم. وفي تعريف آخر يمكننا القول بأن الإعاقة السمعية هي فقدان كلي أو جزئي لحاسة السمع وذلك الفقدان يؤثر بشكل ملحوظ على قدرة الطفل على إستخدم حاسة السمع للتواصل مع الآخرين وللتعلم من خلال الأساليب التربوية العادية (القشاعلة، 2015).

تصنيف الإعاقة السمعية

يمكن تصنيف الإعاقة السمعية وفقاً لإتجاهين:

1. **الإتجاه الفيسيولوجي**: ويهتم هذا الإتجاه بدرجة الصوت القابلة للقياس. وتقاس الحساسية السمعية بالديسبل، وهي وحدات تقيس علو الصوت. والأفراد الذين يبلغ لديهم مقدار الفقدان السمعي 90 ديسبل فما فوق يعتبرون صم. أما دون 90 ديسبل فأنهم ضعيفو سمع(ابراهيم الزريقات، 2007).
2. **الإتجاه التربوي**: يهتم هذا الإتجاه بدرجة تأثير الإعاقة السمعية على الكلام وتطور اللغة. ويرتكز التصنيف على القدرات الكلامية (ابراهيم الزريقات، 2007). ويقسم هذا التصنيف الإعاقة السمعية إلى:

- **ضعيف السمع :**

الطفل ضعيف السمع هو ذلك الطفل الذي فقد جزء من قدرته السمعية ولذلك فهو يسمع عند درجة معينه كما ينطق وفق مستوى معين يتناسب ودرجة إعاقته السمعية بمساعدة الأجهزة السمعية (القشاعلة، 2015).

- **الأصم :**

ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره ونتيجة لذلك فهو لم يستطع إكتساب اللغة ويطلق على هذا الطفل مصطلح الأصم الأبكم. وفي تعريف آخر هو من تكون لديه حاسة السمع مفقودة أو قاصرة بدرجة كبيرة لأسباب وراثية أو مكتسبة،مما يؤدى لوجود صعوبات ومشكلات فى متابعة الدراسة وتعلم خبرات الحياة بالطرق العادية، وبالتالى يحتاجون لأساليب تعليمية وتدريبيه خاصة بهم تختلف عن العاديين (القشاعلة، 2015).

- **الأبكم :**

وهو الطفل الذي فقد القدرة على الكلام وذلك نتيجة عدم قدرته على سماع اللغة، فبالتالي لم يستطع إكتسابها.

أثر الإعاقة السمعية على الأفراد:

يمكن أن نجمل أثر الإعاقة السمعية على الأشخاص في المجالات التالية:

- **المجال النفسي**: قد تتأثر القدرات العقلية نتيجة للإعاقة السمعية. وحدوث صعوبات في تحديد مفاهيم معينة.
- **المجال التواصلي**: مشاكل في الكلام، ثروة لغوية قليلة، صعوبة في إستخدام اللغة والفهم. مشاكل صوتية.

- **المجال الإجتماعي والإنفعالي**: ضعف في النضج الإنفعالي. صوبة في الإختلاط والإندماج الجماعي. سوء تكييف مع البيئة.
- **المجال التعليمي والأكاديمي**: مستوى تحصيل اكاديمي ضعيف. صعوبات في القراءة والكتابة.

الأطر التربوية للمعوقين سمعياً:

إن الأطر التربوية المخصصة للأطفال من ذوي الإعاقة السمعية متعددة ومتنوعه، وبصورة عامة تميل الدول إلى دمج هذه الفئة في صفوف خاصة في مدارس عادية، ويدرس فيها الأطفال الصم أو ضعيفي السمع. وتعتبر من أطر التربية الخاصة التي يتم دمجها في غالبية الأحيان في مدارس عادية وذلك بهدف دمج هذه الفئة من الأطفال إجتماعياً. ويعمل في هذه الأطر معلمون مختصون في التربية الخاصة. وذلك وفقاً لبرامج مخصصة من وزارة التربية لهؤلاء التلاميذ.

برامج التربية لذوي الإعاقة السمعية:

يمكن إجمال البرامج التربوية التي تقدم لهذه الفئة كالآتي (ابراهيم الزريقات، 2007):

- **برامج التدخل المبكر**: المقصود هو الكشف المبكر عن الإعاق السمعية وذلك في أجيال ما قبل المدرسة.
- **برامج المدرسة الخاصة**: وهي مدارس للتربية الخاصة تختص بالإعاقة السمعية.
- **برامج الدمج**: وهي تكون على شكلين

- **الأول**: صفوف خاصة في مدارس عادية.
- **الثـاني**: دمـج الطالـب ذو الإعاقـة السـمعية فـي صفوف عاديـة مع بنـاء خطـط تربويـة وتعليميـة ملائمة.

الإعاقة البصرية

يعتبر البصر من أهم الحواس لدى الإنسان. فالإنسان يستطيع أن يتعلم عن كل ما يحيط به بواسطة حاسة البصر. وحاسة البصر ضرورية جداً للتعامل مع ظروف الحياة. وعلى وجه الخصوص هي ضرورية لظروف التعلم.

أما بالنسبة لمكونات العين فهي: القرنية، القزحية، العدسة، الشبكية.

آلية البصر:

تمر الأشعة عبر العين وتستلمها القرنية التي تعمل على إنكسار هذه الأشعة وتمريرها عبر البؤبؤ الذي يتحكم في كمية الضوء الداخل إلى العين. وتقوم العدسة بتجميع الضوء وتركيزه على الشبكية عبر السائل الزجاجي.

تتكون الصور في الشبكية وتنتقل بعدها إلى العصب البصري ثم إلى مركز البصر في الدماغ (الفص الخلفي). وتتم عملية ترجمة الصورة، وبهذه الطريقة يبصر الإنسان (قحطان الظاهر، 2008).

تعتبر حاسة البصر من أقل الحواس نضجاً عند الولاده. وذلك لأن المراكز البصرية في الدماغ والعين نفسها تستمر في النمو حتى بعد الولادة.

تعريف الإعاقة البصرية:

وتشمل الإعاقة البصرية كل من الكفيف وضعاف البصر. وفيما يلي تعريف للإعاقة البصرية.

- **التعريف القانوني للإعاقة البصرية**: المعاق بصرياً هو ذلك الشخص من وجهة نظر الأطباء الذي لا تزيد حدة بصره عن 20\200 قدم في أحسن العينين أو حتى في إستعمال النظارة الطبية (فاروق الروسان، 2007).
- **التعريف التربوي**: يعرف أن الكفيف هو الفرد الذي لا يستطيع القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل (قحطان الظاهر، 2008).

تصنيف الإعاقة البصرية

يقوم القانون بتصنيف الإعاقة البصرية إلى قسمين (فاروق الروسان، 2007):

1. الإعاقة البصرية الكلية. وهي الفئة التي ينطبق عليها التعريفان.
2. الإعاقة البصرية الجزئية. وهي الفئة التي ينطبق عليها فقط التعريف القانوني.

أشكال ومظاهر الإعاقة البصرية:

- حالة قصر النظر.
- حالة طول النظر.
- حالة صعوبة تركيز البصر.

أسباب الإعاقة البصرية:

تعود الإعاقة البصرية إلى عاملين أساسيين هي (فاروق الروسان، 2007):

1- **عوامل ما قبل الولادة:**

- العوامل الجينية.

- سوء التغذية.
- تعرض الأم الحامل لحوادث أو لأشعة.
- تناول العقاقير.
- الأمراض الصعبة.

2- عوامل ما بعد الولادة:

- المياه البيضاء.
- المياه السوداء.
- السكري.
- أمراض الشبكية.
- امراض العدسة.
- إلتهابات العين.
- الحول.
- الحوادث.

تشخيص الإعاقة البصرية:

هناك العديد من العلامات والأعراض التي تدل على الصعوبة في القدرة على الإبصار، ونذكر من هذه الأعراض:

- يقرب الطفل المادة إلى عينية أو يبعدها.
- صعوبة رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة.
- فرك العينين.
- تكرار لرمش العينين.

- الحول.
- الصداع في حالة القراءة.

من المهم جداً الكشف المبكر عن الصعوبات البصرية وذلك للتمكن من التعامل معها بالصورة الصحيحة.

الأطر التربوية للمعاقين بصرياً:

يتعلم الطلاب من ذوي الإعاقة البصرية في الأطر التربوية المخصصة لهم والتي تلبي إحتياجاتهم. وفيها تكون البرامج مقننه وملائمة للصعوبات البصرية (فاروق الروسان، 2007). نذكر منها:

- مدارس التربية الخاصة للمعوقين بصرياً.
- دمج المعوقين بصرياً في صفوف خاصة في مدارس عادية.
- دمج المعوقين بصرياً في صفوف عادية في مدارس عادية.

وسائل مساعدة للمعاقين بصرياً تساعدهم على الحركة والتنقل:

يستخدم المعوق بصرياً عدة طرق تساعده في حياته نذكر منها:

1- الدليل المبصر.
2- الكلاب المرشدة .
3- العصا.
4- النظارة الصوتية.
5- أجهزة صوتية مختلفة.

طريقة برايل:

سميت بهذا الإسم على إسم مخترعها لويس برايل Braill)، (1852- 1809.

تقوم هذه الطريقة على تحويل الحروف الهجائية إلى نقاط بارزة مما تسمح للمعوق بصرياً أن يتعرف عليها بواسطة اللمس. وبهذه الطريقة يمكنه القراءة والتعلم.

حاسوب كيرزويل الناطق:

أنتجت شركة كيروزويل جهازاً ناطقاً عن طريق الحاسوب والذي يحول اللغة المكتوبة إلى لغة منطوقة ، مما قد يساعد فئة الطلاب من ذوي الإعاقة البصرية على فهم النصوص سمعياً.

" نظام إبصار" للمكفوفين:

وهو برنامج شركة صخر العربية ويعتبر حل متكامل لضعاف وفاقدي البصر. وهو يعتمد على محرك نطق النصوص العربية والإنجليزية والقارئ الآلي.يحول الشاشة المكتوبة إلى أصوات منطوقة.

إضطرابات اللغة والتواصل

مفهوم اللغة والتواصل:

اللغة هي عبارة عن رموز صوتية أو غير صوتية تحمل معنى وتهدف إلى التواصل.

ومراحل نمو اللغة هي:

1- **صرخة الميلاد**: والتي تعتبر أول صوت يخرجه الوليد بعد ميلاده وهو اللغة الأولى للطفل.

2- **البكاء:** قبل تكوّن الكلام وفي الأشهر الأولى من حياة الطفل يعبر الطفل عن نفسه ويتواصل مع الآخرين بالبكاء.

3- **المناغاة:** هي أساس الكلمات. وهي عبارة عن مقاطع صوتية يكررها الطفل فيبدأ بتجربة الكلام. وتعتبر المادة الخام للغة. وفي المناغاة يعبر الطفل عن سعادته وإنفعالاته.

4- **التقليد:** مرحلة معرفية مهمة. يبدأ الطفل بملاحظة الأصوات وتقليدها وبذلك يكوّن ثروة لغوية.

5- **مرحلة المعاني:** في هذه المرحلة يربط الطفل الأصوات بمعانيها. فيتعلم معنى الكلمات.

العوامل المؤثرة على اللغة

يمكن تقسيم العوامل إلى قسمين:

- **العوامـــل البيولوجيـــة**، والتـــي لهـــا علاقـــة بالجهاز العصبي المركزي والطرفي. مثل إعاقات سمعية ، تلف دماغي ، خلل في أعضاء النطق.
- **العوامل البيئية**، وهي كل ما يتعلق بمحيط الطفل. كالأسرة والمجتمع.

العناصر الرئيسية للغة:

يوجد ثلاث عناصر للغة، تساهم في الكفاءة اللغوية، وهي:

- **اللغـة المسـتعملة:** يشـير هـذا المكـون مـن مكونات اللغة إلى قدرة الفرد على فهم اللغة المتحدثة أو المنطوقة أو المسموعة، وقدرته على فهم اللغة المكتوبة أو المقروءة.
- **اللغة الداخلية**، ويمكن شرحها كالتالي:

1. تحتـوي علـى العديـد مـن النشـاطات المعرفيـة تتعلـق بقـدرة الطفـل علـى المحاكاة والخبرات البيئية.
2. إن مكوّن اللغة الداخلية يشار إليه بلغة الفكر .

- **اللغـة التعبيريـة:** ويعنـي قـدرة الفـرد علـى تحويـل أو نقـل الأفكـار إلـى رمـوز لفظيـة مكتوبة أو منطوقة.

متطلبات النمو اللغوي:

- سلامة الجهاز الحسي السمعي و البصري.
- الإنتباه .
- سلامة التفكير.
- الذاكرة .
- تكوين المفاهيم .
- المهارات البصرية وتشمل التمييز والتعرف والإستيعاب والتذكر والتحليل.
- المهارات السمعية و تشمل التمييز والتعرف والإستيعاب والتذكر والتحليل.
- التعبير الإيمائي.
- التعبير اللفظي.
- القراءة.
- الكتابة.

إضطرابات اللغة والتواصل:

يقصد بها تلك الإضطرابات المتعلقة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها أو تأخرها أو سوء تراكيبها من حيث معناها وقواعدها، أو صعوبة قراءتها وكتابتها ، تشمل المظاهر التالية:

- تأخر ظهور اللغة.
- فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها أو ما يطلق عليه الأفازيا.
- صعوبة الكتابة.
- صعوبة التذكر و التعبير.

- صعوبة فهم الكلمات أو الجمل عسر أو صعوبة القراءة (الديسليكسيا) .
- صعوبة تركيب الجملة أو ما يطلق عليه عيوب اللغة.

للغة أهمية كبيرة في حياة الإنسان فهي وسيلته للتواصل مع الآخرين وبناء العلاقات الإجتماعية وهي أيضاً أداة تعمل على مساعدة الفرد على التفكير. الإنسان يعبر عن نفسه بواسطة اللغة، لذا فإن أي خلل فيها ينعكس سلباً على نموه الإجتماعي التواصلي والإنفعالي.
تقسم اللغة إلى مظهرين أساسيين، اللغة اللفظية واللغة غير الفظية.
تتعدد مظاهر الإضطرابات اللغوية تبعاً لتعدد أسبابها فبعضها يتعلق بالنطق والقدرة على إصدار الأصوات، وبعضها يتعلق بالكلام وتنظيمه وطلاقته، وبعضها الآخر يتعلق باللغة وفهمها واكتسابها (الروسان، 2001).

أشكال إضطرابات اللغة والتواصل:

- إضطرابات النطق، وهي ما يتعلق بنطق الحروف.
- إضطرابات الصوت، وهي ما يتعلق بشدة أو حدة أو إنخفاض الصوت.
- إضطرابات الكلام، وهي ما يتعلق بمبنى وطلاقة الكلام.
- إضطرابات ذات منشأ عصبي، وهي الإضطرابات التي يكون مصدرها خلل عصبي.

يشير بعض الباحثين إلى المشاكل اللغوية التالية:

- **الحذف**: يقوم فيه الطفل بحذف حرف واحد أو أكثر من الكلمة مثل كلمة «ياره» بدل «خياره» أو كلمة «بيخ» بدل «طبيخ». وتعتبر ظاهرة حذف الحروف أمر طبيعي ومقبول حتى سن دخول المدرسة (الروسان، 2007).
- **الإبدال** : يقوم الطفل بإبدال حرف بآخر من حروف الكلمة مثل «تلب» بدل «كلب» أو كلمة «النب» بدل «أرنب». وتعتبر ظاهرة إبدال الحروف أمر طبيعي ومقبول حتى سن دخول المدرسة (الروسان، 2007).
- **الإضافة**: يقوم الطفل بإضافة حرف جديد إلى حروف الكلمة. وتعتبر ظاهرة إضافة الحروف أمر طبيعي ومقبول حتى سن دخول المدرسة (الروسان، 2007).
- **التشوية**: ويقصد بذلك أن ينطق الطفل كلمة ما بطريقة مألوفة في المجتمع وهي تدل على كلمة اخرى مثل كلمة «بو» بدل «ماء». وتعتبر ظاهرة التشويه أمر طبيعي ومقبول حتى سن دخول المدرسة (الروسان، 2007).

إضطرابات أخرى في اللغة والتواصل :

1. التأتأة: وفيها يكرر الطفل الحرف الأول من الكلمة أو مقطع صوتي عدة مرات.

2. السرعة الزائدة في الكلام إلى درجة صعوبة فهم ما يقول.
3. التوقف أثناء الكلام، ويقف الطفل عن الكلام بعد كلمة أو جملة لفترة غير عادية، وكأنه إنتهى من كلامه.

هذه الإضطرابات من شأنها أن تؤثر سلبا على علاقات الطفل الإجتماعية. لذا فإن معرفتنا للمراحل التي يمر بها التطور اللغوي مهمة، ومعرفتنا للجيل الزمني الذي يكتسب فيه الطفل اللغة بمختلف درجاتها يساعدنا على التعامل مع مشاكل اللغة بصورة صحيحة.

إن عملية معالجة المشاكل اللغوية تحتاج منا الوعي الكافي وإستشارة مختصين في هذا المجال، ومن هؤلاء المختصين نذكر: (طبيب أطفال مختص في النمو، أخصائي نفسي مختص في النمو، أخصائي عيوب كلام).

الأوتيزم كإعاقة من إعاقات التواصل:

إن مصطلح «الأوتيزم» هي كلمة من اليونانية (Autism)، وتعني العزلة أو الإنعزال، والأوتيزم ليس معناه الإنطوائية فحسب، بل هو حالة مرضية، تظهر مع مشاكل سلوكية وتكيفية، متباينة من شخص إلى آخر. يعتبر الأوتيزم إضطراب معقد في تطور ونمو الطفل في السنوات الثلاث الأولى وذلك قد يكون نتيجة خلل في الدماغ والجملة العصبية. إن الأوتيزم، هو إعاقة قليلة الوجود، إلا أنها ازدادت في الأونة الأخيرة. وهي إعاقة تتعلق بالنمو، وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث

الأولى من حياة الوليد، ولا حدود عرقية أو إجتماعية لها، وليس لدخل العائلة ونمط عيشها أو مستواها التعليمي أي تأثير عليها. وتشير الأبحاث إلى أنها تنتج بسبب إضطراب في الجهاز العصبي المركزي، مما يؤثر على وظائف الدماغ، وتنتشر هذه الإعاقة بين الذكور أكثر منها بين الإناث، و«الأوتيزم» عبارة عن مجموعة من الأعراض المختلفة التي تظهر عند الطفل المصاب. إن مميزات الأوتيزم الأساسية هي عدم القدرة على التواصل الإجتماعي مع الآخرين. كما ويتميز بالأفعال التكرارية والنمطية.

ويمكن تلخيص علامات الأوتيزم الأساسية في ثلاث نقاط:

1. إضطراب التواصل لغوياً وغير لغوي.
2. إضطراب التفاعل الإجتماعي.
3. إضطراب القدرة الابداعية والقدرة على التخّيل.

إن الطفل المتوحد، قد يولد سليماً، وفي كثير من الأحيان لا تكون هناك مشاكل خلال الحمل أو الولادة. وتشير الدراسات أيضاً إلى أن هؤلاء الأطفال يكونون في العادة وسيمين. تبدأ أعراض الأوتيزم بالظهور فيما يقارب جيل الثانية أو الثالثة. وتكون تغييرات سلوكية مثل: الصمت التام أو الصراخ المستمر ونادر ما تظهر الأعراض من الولادة أو بعد سن الخامسة.

الإضطرابات السلوكية

تعريفات:

توجد العديد من التعاريف لمفهوم الإضطرابات السلوكية. نذكر منها بعض التعاريف الهامة:

يعرف روس (Ross,1974) الإضطراب السلوكي بأنه سلوك مختلف وشاذ عن السلوك الإجتماعي السوي ويحدث بصورة متكررة وشديدة، والحكم عليه يكون من قبل أشخاص بالغين وأسوياء بأنه عمل لا يناسب جيل فاعله.

ويعرف كاوفمان (Kaufman,1977) الإضطراب السلوكي بانه إستجابة الشخص للبيئة المحيطة به بصورة غير مقبولة إجتماعياً، وهذا السلوك يتكرر بصورة غير مقبولة.

يعرف بور (1969), الإضطراب السلوكي بأن الطفل المضطرب سلوكياً يظهر واحد أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة واضحة وعلى مدى فترة زمنية طويلة نسبياً وهذه الخصائص:

- عدم القدرة على التعلم، والتي لا تعود أسبابها لعوامل عقلية أو حسية أو صحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية متبادلة بصورة مقبولة، وعدم القدرة على الإحتفاظ بالعلاقات مع الآخرين.

- عدم ملائمة سلوك الشخص المضطرب مع الآخرين.
- وجود حالة مزاجية عامة من عدم الشعور بالسعادة.
- الميل إلى تطوير أعراض جسمية أو مخاوف ترتبط بمشكلات شخصية أو مدرسية.

ويرى مورغان (Morgan,1989) أن الإضطراب السلوكي هو نمط من الأفكار والإنفعالات السلوكية غير الطبيعية التي تؤدي إلى سوء التكييف.

ويعرفه آخرون بأنه سلوك يصدر من الطفل ويكون هذا السلوك غير مرغوب وتكون نتائجه غير مرضية للآخرين المحيطين به، ويتصف هذا السلوك بالتكرار وتتحدد المشكلات السلوكية في التبول اللاإرادي ، العدوان ، التمرد ، الكذب ، مشكلات الطعام.

والمشكلات السلوكية هي جميع التصرفات والأفعال غير المرغوبة التي تصدرعن الطفل بصفة متكررة ولا تتفق مع معايير السلوك السري المتعارف عليه في البيئة الإجتماعية والتي تنعكس على كفاءة الطفل الإجتماعية والنفسية.

لقد لوحظ أن الآباء يجدون صعوبة في التعرف على سلوك طفلهم، والتمييز بين السلوك الطبيعي وبين السلوك الشاذ وخاصة في الطفولة الأولى. هذا الأمر أيضا لوحظ عند كل من يتعامل مع الأطفال ومن ضمنهم المعلمين. إن بعض السلوكيات قد تكون مميزة لفترة معينة من حياة

الطفل، وهي طبيعية لهذه الفترة، وهناك سلوكيات شاذة تحتاج التدخل لعلاجها.

هنالك بعض المعايير والمقاييس التي تساعد المربين وغيرهم على فهم سلوك الأطفال والقدرة على التعامل معهم (روطر،1975).

هذه المعايير كالتالي :

- مدى ملائمة سلوك الطفل لجيله ولجنسه. بصورة عامة فان السلوك السوي الطبيعي هو ذلك السلوك الذي يلائم ويوافق جيل الطفل وجنسه. مثال على ذلك: (التبول اللاارادي)، يعتبر سوي في جيل الثانيه، ولكنه لا يعتبر كذلك في جيل العاشرة.
- التغيّر المفاجئ في سلوك طفلي. يجب التأكد من كون السلوك الذي يقوم به الطفل هو سلوك جديد ومفاجئ. وليس سمة من سماته. على سبيل المثال : طفل معروف بهدوئه ثم يتحول فجأة الى طفل عنيف ومخرّب.
- مدى شدة وخطورة سلوك طفلي. إن السلوك الذي قد يسبب الأذى للطفل وللمحيطين به، يحتاج الى التدخل الفوري. مثلاً: عندما يبكي الطفل، هل يكتفي بذلك ؟ أم أنه يضرب رأسه في الحائط أو يكسّر ويخرّب كل ما هو أمامه.
- إستمرارية السلوك لدى الطفل. يجب فحص مدة السلوك، على سبيل المثال: من الطبيعي أن

يخاف الطفل، وهذا الخوف قد يستمر من عدة أيام الى اسابيع قليلة، ولكن إذا استمرت المخاوف الى اشهر أو أكثر فإن الأمر ليس طبيعي.

- هل تعيق مشكلة الطفل السلوكية، سلوكه اليومي؟

يجب الإنتباه إلى مدى إعاقة المشكلة لسلوك الطفل اليومي. على سبيل المثال : هل قلق الإنفصال عن الأهل، والذي قد يحدث عندما يدخل الطفل الروضة، يؤدي إلى مشاكل سلوكية أخرى كالإنطواء أو مشاكل في النوم أو الأكل أو مشاكل جسمية.

إن هذه المعايير تعطينا القدرة على فهم وتقدير سلوك الأطفال اليومي وبالتالي تساعدنا على التعامل معه بصورة سليمة وصحية.

خصائص الأطفال ذوي المشكلات السلوكية:

1. المظهر الخارجي عادي ولا يختلف عن الآخرين.
2. مفهوم الذات لديهم منخفض.
3. لا يهتمون كثيراً بالحياة العامة ويفضلون الدروس العملية على النظرية.
4. يعتمدون على حواسهم في إكتساب المعرفة.
5. المعاناة من ضعف مستوي التحصيل والقدرة على الإصغاء الجيد، ومحدودية المهارات اللفظية والكتابية.

6. قد يتمتعون بمواهب وقدرات لا يراها الآخرون.
7. يرغبون في التمتع بمزيد من الإهتمام من قبل الآخرين.
8. يتسربون من المدارس بنسب عالية.
9. لديهم نقص في المشاركة الإيجابية مع الآخرين واعتبار الحياة شيء سيئ .

أسباب الإضطرابات السلوكية

هنالك الكثير من العوامل التي تؤثر على سلوك الأطفال. والتي قد تكون سبباً في ظهور المشاكل السلوكية، نذكر منها:

- **إضطرابات سلوكية بسبب المزاج :**

الطفل منذ ولادته يجلب معه إلى الحياة ما يسمى "المزاج"، والذي يعتبر من العوامل المؤثرة والمشكّلة لسلوك الأطفال. المزاج، هو عبارة عن مجموعة سمات وصفات مولودة، والتي تشكل سلوك الطفل وتميزه عن غيره. يؤثر المزاج في علاقة الطفل بالمحيط الإجتماعي الذي يتعامل معه. فنجد الأطفال ذوي المزاج "المريح" يتعاملون بسهوله مع محيطهم ويتقبلون التغييرات بسهوله، وهم محبوبين بصورة عامه، وسلوكهم إيجابي تجاه الآخرين. أما الأطفال ذوي المزاج "الصعب" فنجد تعاملهم مع المحيط الإجتماعي صعب، وهم لا يتقبلون التغييرات بسهوله، وفي كثير من الأحيان تظهر لديهم ثورات غضب.

نـوع آخـر مـن المـزاج، وهـو "بطيئـي السـخونه" (slow to warm up children) وهم يشـبهون ذوي المـزاج "الصــعب" ويحتــاجون إلــى الوقـت كــي يتأقلموا مع الأوضاع الجديده. ونجدهم سلبيين في تعاملهم مع الآخرين.

- **إضطرابات سلوكية بسبب عوامل بيئيه:**

إن معظم المشاكل العاطفية التي يعاني منها الأطفال تنبع من مشاكل داخل الأسرة، والتي تؤثر سلباً على علاقـة الطفـل بوالديـه. إن الأطفـال بصـورة عامـة يتعلقون بوالديهم بشده، لذا فإن أثر المشاكل الوالدية، يظهـر علــى صــورة مشــاكل فــي ســلوك الأطفــال وتصرفاتهم. من المشاكل الأسرية نـذكر علـى سبيل المثال: الفقر، الطلاق والإنفصال، عدم وجود أحد الوالـدين بصـورة ثابتـه، حـالات مـوت، مـرض أحـد الوالـدين. هـذه الامـور لهـا بـالغ الأثـر علـى سـلوك الأطفال.

- **إضطرابات سلوكية بسبب إعاقات في النمو:**

إن النمو العاطفي يعتبر جزئاً من عمليـة النمـو العـام كـذلك النمـو الجسـمي،الحركي، المعرفـي، اللغـوي وغيرهـا. إن العوامـل الصـحية الجسـمية تـؤثر علـى مسار النمو العـام للطفل وتـؤثر علـى نمـوه العـاطفي وبالتالي على سلوكه. نذكر أمثله على ذلك : الولادة المبكرة، إن الطفل الذي يولد قبل موعد ولادته يكون غير ناضج ويتمييز عادة بعدم الهدوء والبكاء. كذلك

فقد يعاني من مشاكل في الأكل والنوم. هذه الأمور تصعّب على الوالدين، مما قد يشعرهم بالإحباط، فالطفل يبكي ولا يسكت والأب والأم لا يستطيعان فعل شئ. ومن الأمثله أيضاً: مشاكل الإنتباه والتركيز والحركة الزائدة، وإعاقات مولوده كالشلل الدماغي والإعاقة البصرية أو السمعية والإعاقات العقلية. هذه الإعاقات تسبب المشاكل السلوكية.

إن عملية التعرف على المشاكل السلوكية لدى الأطفال تحتاج منا الى معرفة التالي :

- معرفة مراحل النمو الطبيعية في الطفولة المبكرة، مع المقارنه بالجيل والجنس.
- معرفة الأسرة التي يعيش فيها الطفل، معلومات عن حالة الأسره المادية والإجتماعية وغيرها.
- معرفة الإطار التربوي الذي يتعلم في الطفل.
- معرفة ثقافة المجتمع التي ولد فيها الطفل، وما هي السلوكيات المقبولة في هذه الثقافه والغير مقبولة.

الموهوبون

الطفل الموهوب:

الطفل الموهوب هو الذي يظهر بعض من القدرات والإستعدادات التالية منفردة أو مجتمعة:

- قدرة عقلية عامة.
- إستعداد تعليمي خاص.
- تفكير إنتاجي أو إبداعي.
- قدرة قيادية إستثنائية.
- إستعداد فني بصري أو أدائي.
- قدرة حسية حركية.

ويعرف الأخصائيون النفسيون الأطفال الموهوبين على أنهم أذكياء أو عباقرة أو نوابغ. وبعض الدراسات تفيد أن القدرة البدنية للطفل الموهوب تكون قوية مقارنة مع الأطفال العاديين. وفي تعريف آخر للطفل الموهوب، هو ذلك الطفل القادر على إعادة دمج المعارف والأفكار بشكل جديد. ويرى البعض أن فئة العباقرة هم ذوو الذكاء المرتفع التي تصل نسبتهم إلى 145 درجة في إختبارات الذكاء (القشاعلة، 2015).

كما ويعرف الباحثين في هذا المجال الاطفال الموهوبين بأنهم: هم أولئك الأطفال الذي يتم تحديدهم والتعرف عليهم من قبل أشخاص مهنيون مؤهلون والذين لديهم قدرات عالية والقادرين على القيام بأداء عالي ويحتاجون إلى برامج تربوية مختلفة وخدمات إضافة إلى البرامج

التربوية العادية التي تقدم لهم في المدرسة وذلك من أجل تحقيق مساهماتهم لأنفسهم والمجتمع .
طورت الباحثة كلارك(1992) نظرية في الموهبة والإبداع تستند إلى آخر ما توصلت إليه الدراسات العلمية حول التكوين والأداء الدماغي للإنسان وعملية التعليم والتعلم، وتوصلت إلى نموذج تربوي يقوم على أساس مفهوم التكاملية أو الكلية في وظائف الدماغ وفي تعريف مصطلحات الذكاء والموهبة والإبداع. وعلى ضوء هذا النموذج أوردت كلارك قائمة مطولة بسمات وخصائص الطلبة الموهوبين والمتفوقين عقليا تغطي المكونات الأربع للنموذج على النحو التالي:
المجال المعرفي، أوردت كلارك الخصائص التالية:

- تذكر وحفظ كمية كبيرة من المعلومات.
- القدرة على الإستيعاب بسرعة.
- حب إستطلاع مرتفع.
- قدرة لغوية عالية.
- السرعة والمرونة في التفكير.
- قدرة على ربط الأفكار بالموضوعات.
- القدرة على تكوين مفاهيم.
- القدرة على تجنب الأفكار المتسرعة.
- القدرة على إنتاج أفكار جديدة.
- القدرة على تقويم الذات.
- قوة تركيز غير عادية .

المجال الإنفعالي، اشتملت قائمة الخصائص التي أوردتها كلارك على ما يلي:

- حساسية لمشاعر الآخرين.
- تطور مبكر للمثالية والإحساس بالعدالة.
- القدرة على التحكم بالذات.
- القدرة على الحكم الأخلاقي.
- عمق العواطف أو الإنفعالات وقوتها.
- الوعي الذاتي والشعور بالإختلاف عن الآخرين.
- فهم المواقف الطريفة والتعامل معها.
- توقعات عالية من الذات ومن الآخرين تقود كثيراً الى الإحباط.
- النزوع نحو الكمال.
- إختزان قدر كبير من المعلومات حول العواطف التي لم يتم إختبارها أو الكشف عنها.
- قدرة معرفية وإنفعالية متقدمة .
- القيادية.
- دافعية قوية.

المجال الحسي والبدني، أوردت كلارك الخصائص التالية:

- نظام حسي مرهف.
- فجوة كبيرة بين النمو العقلي والبدني.

- قد يكون لديهم نزعة إلى إهمال الصحة الجسمية وتجنب النشاط البدني.

المجال الحدسي أو البدهي، فقد اشتملت القائمة التي أوردتها كلارك على الخصائص التالية:

- الإهتمام المبكر بالظواهر الميتافيزيقية.
- الإستعداد لإختبار الظواهر النفسية.
- القدرة على التنبؤ بالمستقبل.
- اللمسات الإبداعية في كل مجالات العمل.

كلما كان التعرف على الطفل الموهوب مبكرا ،كان ذلك أفضل ، ويتم ذلك بواسطة:

- **الإختبارات الفردية للذكاء**، وهي اختبارات منوعة تقوم بفحص الذكاء والقدرات العقلية.
- **القياس الجماعي**، وهو القياس الذي يتم بصفة دورية لقدرات التلاميذ العقلية وتحصيلهم الدراسي.
- **الملاحظات المدرسية**، عن طريق ملاحظة المعلمين يتم التمييز أو التعرف على أكثر الموهوبين وفي الدراسة.

مجموعة من المتلازمات الشهيرة
في التربية الخاصة

نقد في هذا الفصل بعض المتلازمات والحالات الشهيرة التي تواجه المختصين في التربية الخاصة، لقد إرتأيت ان أعرضها بإختصار لتكون معلومات تساعد من يتخصص في التربية الخاصة.

متلازمة داون

Down Syndrome

قام الطبيب «داون» قبل ما يزيد على المائة عام بالكشف عن ولادة أطفال لهم صفات مميزة من أهمها الأعين المائلة، والرأس المستدير الصغير الحجم نسبياً، والأيدي القصيرة، وبعض الملامح الخاصة. وقد وجد أن هؤلاء الأطفال يظهرون بطئ في نموهم الحركي والذي يتطور بالتالي إلى صورة من التخلف العقليّ. لذا فقد أطلق إسم «داون» على هذه الحالة والمعروفة بإسم «المنغولي». وتزداد نسبة ظهورها بحسب عمر الأم عند الحمل، ونجد أن إحتمال إنجاب طفل يعاني من حالة داون تزداد إذا كان سن الأم اكبر من 35 سنة، أو إذا كان سبق لها إنجاب طفل يعاني من مثل هذه الحالة.

متلازمة براد ولي

Prader-Willi Syndrome

عرفت هذه المتلازمة عندما قام أخصائيو الغدد برادر – لابهارت – ويلي بنشر تقرير عام 1956 في المؤتمر الدولي الثامن لطب الأطفال في كوبنهاجن، عن حالات فيها صفات متعددة مثل: إعاقة عقلية، الرخاوة، مشاكل في التغذية، السمنة، عدم إكتمال الأجهزة الجنسية، القصر، تأخر النمو، وغيرها، وفي الستينات من القرن الماضي تمت دراسات أخرى وتمت أضافة العديد من الأعراض، كما تمت أضافة الأعراض السلوكية في السبعينات، وقد أثبتت الدراسات أنه مع التحكم في النظام الغذائي فإن هذه الحالات يمكن أن تعيش لمدة أطول، وقد تم تتبع العديد من الحالات الذين بلغوا العشرينيات من العمر.

ملازمة ذو القامة القصيرة

Short Stature Syndrome

ومن صفات هذه الفئة من الأطفال القصر المفرط وقد لا يتجاوز طول الطفل 60-70سم في مرحلة المراهقة، والسبب قد يكون لعدم وجود الغدة الدرقية أو أضطراب الغدة الدرقية، أو نقص في مادة التروكس الذي له علاقة بالجوانب النمائيةفي الجسم، وعند ولادتهم يصعب تشخيصهم لأنهم يشبهون الأطفال العاديين ولكن يظهر ذلك بعد ستة أشهر من حياتهم. وقد يكون علاج هذه الحالة من الأمور التي تعطي الأمل في حالة

إكتشـافها مبكـر وخاصــة إذا كـان السـبب يعـود إلـى الأضطراب في الغدة الدرقية التي أدت إلى نقص مادة التروكسين، بينما كانت سبب القماء عدم وجود غدة درقية يصعب علاجها. وأما ما يتميز به هؤلاء الأطفال فهو : الكسل، الخمول والتأخر في الحركة والجلوس ولا يميلون الى التفاعل الإجتماعي مع من يحاولون مداعبتهم فلا يظهرون نمط الإستجابة مثل الضحك والإبتسـامة ، وقـد يظهـرون علـى أجسـامهم بعـض التجاعيد ويتغير لونهم الى الإصفرار، والتأخر في الكلام.

متلازمة كلين فلتر

Cline Filter Syndrome(xxy)

متلازمة كلاينفلتر هي متلازمة تصيب الذكور فقط ولا تصيب الإناث، بحيث يملك المريض كروموسوم X زائد فيصبح طرازه الجيني لخلاياه الجسمية XXY بدلاً من XY في الشخص الطبيعي. وتعد هذه المتلازمة من المتلازمات الشائعة، بحيث تبلغ الإصابة 1 إلى 500 شخص. تؤثر متلازمة كلاينفلتر بشكل مباشر في نمو الخصيتين وتتسبب في صغر حجمها عن الحد الطبيعي واضطراب انتاج الهرمونات الجنسية الذكرية .

متلازمة ويليامز

William Syndrome

تـم أكتشـاف هـذه المتلازمـة الطبيـب الإيرلنـدي ويليـامز عام 1961، حيث لاحظ التشـابهة بين أربعة أطفال ليس بينهم قرابة، حيث ملامح الوجه مميزة، مع وجود إعاقة عقليـة، إرتفـاع نسـبة الكالسـيوم فـي الـدم، تضـيق فـي مجرى الشريان الأبهر للقلب- الأورطي.

متلازمة ادواردو

Edward Syndrome

تم التعرف على هذه الحالة عندما قام المختصـان إدوارد وسميث عـام 1960 بنشـر بحث عن حـالات متشـابهة فـي الأعـراض المرضـية مثـل صـغر الحجـم عنـد الـولادة، التخلـف العقلـي والحركـي، صـغر الفـم والفـك السـفلي، عيـوب صـيوان الأذن، عيـوب فـي الكفـين والأصـابع، عيــوب خلقيــة فــي القلــب، عــدم هبــوط الخصــيتين، وغيرهـا، وأن السـبب فـي ذلـك هـو وجـود كروموسـوم زائد في المجموعة رقم 18 من الكروموسومات.

متلازمة توريت

Tourette Syndrome

متلازمة توريت حالة تظهر أعراضها في الطفولـة ومـن أهم هـذه الأعـراض العرّات (Tics) الحركيـة والصـوتية المزمنة (العرة تقلّصات لا إراديـة فـي العضـلات). ومـن أعراض هذه المتلازمة أيضـا الحركـات النمطيـة الشـاذة،

والأفعال القهرية، وبذاءة الكلام. وغالباً ما تحدث العرات الحركية في الوجه والعينين والرأس، أما الأطراف وبخاصة السفلى منها فقليل ما يحدث فيها تقلصات عضلية لا إرادية. وأما السلوك القهري فهو يشمل اللمس القهري للذات أو الآخرين أو الأشياء. وبالرغم من أن الأشخاص العاديين قد يعانون من متلازمة توريت، فإنها أكثر ما تكون شيوعاً بين الأشخاص المتخلفين عقلياً وتشكل عائقاً إضافياً يحول دون تكيفهم لأنها تزيد من إحتمالات تعرضهم للرفض الإجتماعي. وتشير الدراسات الحديثة إلى أن هذه المتلازمة تنتج عن إضطراب بيوكيماوي في الدماغ، ويمكن معالجتها بنجاح في نسبة كبيرة من الحالات بإستخدم العقاقير الطبية وبخاصة دواء الهالوبيريدول وبإستخدم طرق تعديل السلوك التقليدية.

متلازمة تيرنر

Turner Syndrome

متلازمة تيرنر هي حالة يكون فيها عدد الكروموسومات في الخلية الواحدة في جسم الأنثى (45) وليس (46) حيث يكون هناك كروموسوم جنسي أنثوي (X) واحد فقط. ولذلك يشار إلى هذه الحالة وراثياً بالرموز (45،X). ويطلق على هذه المتلازمة أيضاً إسم توقف النمو المبيضي ونتيجة لهذا الإضطراب تكون الأعضاء التناسلية لدى الأنثى غير مكتملة النضج ولذا

لا تتطور الخصائص الجنسية الثانوية لديها في مرحلة المراهقة. وقد يصاحب هذه المتلازمة بعض المظاهر الجسمية غير الطبيعية وبخاصة إنحناء الرجلين وتشوهات في العنق والقلب والكلى. وقد تعاني بعض الإناث من التخلف العقلي البسيط وإضطرابات نمائية مختلفة.

متلازمة (سيبا)

CIPA - Congenital Insensitivity To Pain With Anhidrosis

حالة من الحالات التي تصيب الأطفال، وهي حالة جينية، ضرر يصيب الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى عدم الشعور بالألم مع عدم التعرق وإرتفاع في درجة الحرارة وإصابة الأطراف بالجفاف والإلتهابات. وفي بعض الحالات يصاحبها تخلف في القدرة العقلية. والسبب الذي يؤدي إلى هذه الحالة، هو خلل عصبي في تفسير إحساس الألم و الحرارة الواردان إلى الدماغ، وفي الجهاز العصبي الذاتي خلال الفترة الجنينيه لمركز الألم في الدماغ و قد يكون الخلل في الأعصاب الواردة للدماغ حيث أنها لا تنقل إحساس الألم حسب نوع الحالة، وأيضاً يمكنه أن يكون في منطقة أسفل الدماغ في مركز تفسير الألم، كنتيجة لا يصبح الدماغ قادراً علي تفسير إحساس الألم، ولا يطلق الإشارة اللازمة لنهايات الأعصاب، فلا يشعر الطفل

بـالألم مـع بقـاء تشـريح الجهـاز العصـبي طبيعيـاً عنـد هؤلاء الأطفال.

متلازمةُ ريت

Rett Syndrome

متلازمةُ ريت حالة وراثية نـادرة. وهـي تسبِّب مشـكلات نمائيـة ومشـكلات فـي الجهـاز العصـبي. وتصـيب هـذه المتلازمـةُ الفتيـات خاصَّـة. كمـا أنَّ لهـا صـلة بمشـكلة التوحُّـد. ينمـو الأطفـال الصـغار المصـابون بمتلازمـة ريـت نمـواً طبيعيـاً فـي البدايـة. لكـنَّ نمـوَّهم يتوقَّف بـين الشـهر الثالـث والسـنة الثالثـة مـن العمـر، بـل يمكـن أن يفقدوا بعضَ المهارات أيضاً. تشتمل الأعراضُ علـى مـا يلـي:

1. فقدان القدرة على الكلام .
2. فقـدان القـدرة علـى تحريـك اليـدين، كالإمسـاك بالأشياء مثلاً.
3. حركـات لاإراديـة، أو قهريـة، كعصـر اليـدين مثلاً.
4. مشكلات في التوازن.
5. مشكلات تنفُّسية.
6. مشكلات سلوكية.
7. مشكلات في التعلُّم، أو تأخُّر عقلي.

لا يوجد شفاءٌ لمتلازمـة ريت. لكن من الممكن معالجـة بعض أعراضـها بإستخدم الأدويـة والمعالجـة الكيميائيـة

والمعالجـة الكلاميـة. يعـيش معظـمُ المصـابين بمتلازمـة ريـت حتَّـى أواسـط العمـر، بـل يتجـاوزون ذلـك أحيانـاً. ويكـون المـريضُ فـي حاجـة إلـى الرعايـة خـلال حياتـه عادة.

كبر الجمجمة

Macrocephaly

يشـير هـذا المصـطلح إلـى حالـة مـن حـالات الضـعف العقلـي الـذي يحـدث بسـبب تضـخم أجـزاء مـن الـدماغ يتبعها كبر الجمجمة وحجم الدماغ.

صغر حجم الجمجمة

Microcephaly

صـغر حجـم الجمجمـة هـو إضـطراب يكـون فيـه محـيط الـرأس صـغيراً والجبهـة مائلـة. ولا يعـرف سـبب هـذه الحالـة بدقـة وإن إعتقـد أنهـا قـد تنـتج عـن إضـطرابات جينية أو عن عوامل بيئيـة. وتقـود هـذه الحالـة عـادة إلـى التخلف العقلي الذي تتراوح درجتـه غالبـاً مـن شـديد إلـى شـديد جـداً. وكثيـراً مـا تـرتبط بعـدة إضـطرابات جسـمية بسبب الضـرر الذي يلحق بالجهـاز العصـبي. كمـا ويشـير هـذا المصـطلح إلـى حالـة مـن حـالات الضـعف العقلـي التــي تحــدث نتيجــة لصــغر حجــم الجمجمــة وبالتــالي الضغط على الدماغ وعدم إكتمال نموه.

الإستسقاء الدماغي

Hydrocephalus

الإستسقاء الدماغي هو تجمع مفرط للسائل المخي الشوكي داخل الدماغ أو خارجه. ولهذا السائل في الوضع الطبيعي مجرى داخل الدماغ وداخل الحبل الشوكي وحولهما. أما في حالة الإستسقاء الدماغي فيتجمع هذا السائل بشكل غير طبيعي مما يسبب ضغطاً شديداً على الدماغ وتوسعاً في حجم الجمجمة. ويعالج جراحو الأعصاب هذه الحالة المرضية بعملية جراحية تجري بعد الولادة بفترة وجيزة جداً وتسمّى العملية الصارفة وفيها يتم إدخال أنبوب في حجيرات الدماغ لتصريف أو إمتصاص السائل الزائد وتحويله إلى مجرى الدم. أما إذا بقيت حالة الاستسقاء دون علاج فستقود في معظم الحالات إلى تخلف عقلي ومضاعفات أخرى.

مختصون يعملون مع ذوي الإحتياجات الخاصة

العامل الإجتماعي

Social Worker

يعتبر العامل الإجتماعي هو ذلك الشخص الذي تخصص في مجال الخدمة الإجتماعية. والحاصل على اللقب الجامعي الأول في تخصص العمل الإجتماعي وعلم الإجتماع. ومن مهامه معالجة المشاكل الإجتماعية وحلها عن طريق التوجيه والمساعدة والمساندة. ويعمل عادة في مراكز الشؤون الإجتماعية وغيرها من الأماكن التي تقدم خدماتها للناس كالمراكز الطبية أيضاً. وللعامل الإجتماعي دور كبير ومهم في مجال التربية الخاصة. وله دور أساسي في تنمية القدرات وتنمية المجتمعات المحلية. ويسعى إلى تحقيق العدالة الإجتماعية والتغيير الإجتماعي في مجتمع تعددت فيه الإنتماءات والحضارات، وإلى تنشيط المنظمات والمؤسسات والمجتمعات المحلية.

المستشار التربوي

Educationa Advisor

المستشار التربوي هو «معلم مستشار». حاصل على اللقب الثاني في الإستشارة التربوية. وشروط تشغيله وتبعيته المهنية، تكون بناءًا على تعريف قسم الخدمات النفسية الإستشارية في وزارة التربية. المستشار التربوي، يمثل مجال الإستشارة التربوية في المدرسة، ويضع قدراته المهنية تحت تصرّف إدارة المدرسة والهيئة

التدريسية، من أجل العمل المتواصل والمشترك للوصول إلى الأهداف التربوية التاإليه:

- مساعدة الهيئة التدريسية في المدرسة لتطوير بيئة تربوية وتعليمية ذات جودة عاليه، والتي تساعد على التطور العاطفي والشخصي، والتي تعطي الشعور بالثقة، والإنتماء والمقدرة، وتطوّر الإستقلاإليه عند الطلاب، والمعلمين والأهل.
- تطوير الوعي في المدرسة لإحتياجات الفرد النفسية والإجتماعية.
- تطوير عملية إستشارية يصل فيها الفرد لمعرفة ذاته ومعرفة قدراته، وطموحاته من خلال تحكّم وتوجيه ذاتي.
- تطوير وتعزيز مهارات ضرورية، بهدف الوصول لتطوير ذاتي وأسلوب حياة مهم وذا معنى في المستقبل.
- تطوير المناعة لدى الفرد والمؤسسة لمواجهة التطور والأزمات غير المتوقعة، كذلك الأوضاع الضاغطة التي تعتبر جزءًا من الحياة اليومية.
- المساعدة في تطوير الطالب كمتعلّم مستقل يتحمل مسؤولية تعليمه.

- تنمية الوعي، دقة الشعور والتعاطف الوجداني، والمسؤولية تجاه الآخرين، من خلال التأكيد على قيمة العطاء والمساعدة .
- المساعدة في تطوير علاقة وتعاون بين الأهل والمدرسة.

الإخصائي النفسي

Psychologist

وهو الشخص الذي درس وتعلم مادة علم النفس وحصل على درجة الماجستير على الأقل في علم النفس ثم على الترخيص للعمل في هذا المجال من قبل وزارة الصحة. وهناك العديد من التخصصات في علم النفس نذكر منها: علم النفس الكليني، علم النفس الطبي ، علم النفس التربوي، علم النفس النمو، وغيرها من التخصصات والميادين. أما في التربية الخاصة فعلي عاتق الأخصائي النفسي وخاصة الأخصائي النفسي التربوي، تقع مسئولية التقويم النفسي للطلاب والتشخيص وعلاج حالات الإنطواء والخجل والميول العدوانية والكثير من الحالات المشابهة وعمل الأخصائي النفسي يحتاج لصبر متزايد ومثابرة. طبيعة عمل الأخصائي النفسي بصورة عامة:

- الفحص والإرشاد النفسي.
- الإستشارات النفسية.
- التدخل العلمي (التشخيص والعلاج).
- إجراء البحوث الخدمية الميدانية.
- تنمية الإمكانات البشرية.

- التوجيه التربوي والتعليمي.

الطبيب النفسي

Psychiatrist

الطبيب النفسي هو ذلك الشخص الذي تخرج من كلية الطب ثم تخصص في الطب النفسي. بعد حصوله علي بكالوريوس الطب يحصل علي دبلوم في الطب النفسي وتدريب في هذا المجال. ويركز هذا التدريب علي تنمية مهاراته في عملية التشخيص الدقيق وعلاج الإضطرابات النفسية وإعطاء العقاقير المناسبة لكل إضطراب. ويتابع الطبيب النفسي الحالات الصعبة في التربية الخاصة كما وأن له دور هام في عملية التشخيص ومحاولة علاج حالات المرض النفسي والعقلي المصاحبة للإعاقات المختلفة لدى الأطفال.

طبيب الأعصاب

Neurologist

طبيب الأعصاب هو الطبيب المختص في دراسة وتشخيص وجراحة وعلاج أمراض الجهاز العصبي. ولطبيب الأعصاب دور كبير في تشخيص حالات التربية الخاصة مثل التوحد وإضطراب الحركة والتركيز وغيرها من الإضطرابات المعروفة في مجال التربية الخاصة.

أخصائي علاج طبيعي

Physiotherapist

وهو الشخص الذي درس مهنة العلاج الطبيعي في الجامعة وهي إحدى فروع المهن الطبية المهمة والتي تقدم

خدمات للأفراد من أجل إعادة الحركة الجسمية لديهم إلى الحد الأقصى والقدرة الوظيفية في جميع مراحل الحياة. ويقدم أخصائي العلاج الطبيعي الخدمات في الظروف التي تكون فيها الحركة مهددة بسبب الشيخوخة، أو الإصابات أو الأمراض أو العوامل البيئية. ويهتم بتحديد وتحسين نوعية الحياة وإمكانية الحركة ضمن مجالات الوقاية والعلاج، والتأهيل وإعادة التأهيل. وينطوي نجاح عمله في القدرة على التفاعل بينه وبين والمرضى، وغيره من المهنيين الصحيين والأسر ومقدمي الرعاية. حيث يتم تقييم إمكانية الحركة والأهداف المتفق عليها، باستخدم المعارف والمهارات الفريدة للعلاج الطبيعي.

أخصائي علاج نطق

Speech Therapist

هو ذلك الشخص الذي يدرس في مجال إضطرابات اللغة ويحصل على اللقب الجامعي الأول في هذا المجال. كما ويحصل على الترخيص من وزارة الصحة بالعمل في هذا المجال. ويتمحور جل عمله حول إضطرابات اللغة ومشاكلها. ونستطيع أن نجمل دوره في المهام التاليه:

- المشاركة في التشخيص والتقييم الشامل للحالات خاصة من حيث النمو اللغوي وإضطرابات النطق وعيوب الكلام.
- دراسة العوامل العضوية والنفسية المسببة للإضطراب اللغوي مع الإفادة في ذلك من تقارير الأطباء والأخصائيين النفسيين والإجتماعيين

والمعلومات المتجمعة عن طبيعة البيئة و العلاقات الأسرية.

- وضع البرنامج العلاجي المناسب لنوع الإضطراب وحدته وتنفيذه ومتابعته وتقويمه أو إحالة الطفل إلى المراكز العلاجية المتخصصة.
- توعية الوالدين بدورهما في متابعة حالة الطفل وإمدادهما بالمعلومات والتدريب الملائم للمشاركة في البرنامج العلاجي أثناء تواجد الطفل بالمنزل .

أخصائي العلاج الوظيفي

Occupational Therapist

أخصائي العلاج الوظيفي هو شخص متخصص في التعامل مع مشاكل القصور الحركي ومشاكل الإدراك التي تؤثر على الأداء التعليمي للطفل في المدرسة، وهو متخصص في تصميم وتقديم النشاطات والمواد التّعليمية التي تساعد الأطفال والبالغين المعوقين على المشاركة في العمل وما يتعلق به من نشاطات، بالإضافة إلى مهارات الحياة اليومية المفيدة. ويساعد مجال العلاج بالتشغيل الأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة في تأدية وظيفتهم وتحمّل مسؤوليّاتهم بحسب الحاجة كطلاب. ويتمّ ذلك عن طريق إستعمال طرق علاجيّة حديثة وتطبيق تكنولوجيّات تساهم في العلاج وملائمة البيئة المحيطة لإحتياجات الطالب. يهدف هذا العلاج إلى تقديم الدعم للأشخاص الذين يعانون من إعاقات والحفاظ على مستوى إستقلالهم وعدم إتّكالهم على الآخرين. ويقوم بالإشراف على هذا

البرنامج أخصائي العلاج بالعمل والذي يرتكز عمله على تنمية المهارات الحركية اللازمة للتعامل مع عناصر العملية التعليمية في المدرسة، ويتم ذلك بما يلي:

- تقويم الحركات الدقيقة في القسم الأعلى من الجسم.
- تنمية البراعة اليدوية.
- تنمية التآزر الحركي ـ الحسي.
- تنمية مهارات الحياة اليومية.
- تنمية قدرة الطفل على التحكم بعضلاته.
- التدريب على إستخدم الأجهزة المساعدة على التنقل والحركة.
- توظيف أوقات الفراغ واستغلالها.
- تنمية مهارات العناية بالنفس.

المشخص التربوي أو التعليمي

Didactic Diagnostic

المشخص التربوي هو معلم مختص في التربية الخاصة يتلقى تعليماً أكاديمياً في مجال تشخيص صعوبات التعلم. ويقوم بالتشخيص الأكاديمي للطلاب الذين يعانون صعوبات تعليمية. ويقوم بتشخيص الوظائف التعلمية وبمسح مشاكل وقدرات الطالب في التعليم. إضافة إلى وصف سلوكيات الطالب في مجال التعليم. كما يميز التشخيص إستراتيجيات التعليم المستخدمة من قبل المتعلم وفعاليتها، بالإضافة إلى فحص فعاليه العمليات الذهنية والتي تعتبر القاعدة الأساسية لتعلم المهارات الأساسية.

يعتبر تشخيص الوظائف التعلمية الأساس لبناء خطة تربوية للطالب أو لتحسين الخطة المنفذة معه. والتشخيص الأكاديمي هو عملية ديناميكية لإيجاد وفحص إستراتيجيات وسلوكيات التعلم لدى الطالب بكل مهارة من المهارات التعليمية الأساسية. من خلال التشخيص يتم مسح نقاط الضعف والقوه لدى الطالب من الناحية التعليمية، وحسب ذلك المساعدة في بناء برنامج تعليمي علاجي يرتكز على نقاط القوة، وذلك للعمل على علاج نقاط الضعف التي تم تشخيصها، والتغلب عليها وإظهار قدرات الطالب بواسطة مهارات أخرى.

مشخص الأداءات التعليمية

Learning Functions Diagnostic

وهو تخصص يقوم صاحبة بتشخيص الأداءات التعليمة وأكتشاف المشاكل التعليمية. وهو قريب من تعريف المشخص التربوي. وفي العادة يكون المشخص معلم تربية خاصة تلقى دورات في مجال تشخيص الأداءات التعليمية.

المراجع

أبو حطب (فؤاد) و صادق(آمال) 2002. علم النفس التربوي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، الطبعة السادسة.

الرحو (جنان سعيد)، 2005. أساسيات في علم النفس، دار العربية للعلوم، لبنان، الطبعة الأولى.

الزغلول (رافع النصير) والزغلول (عماد عبد الرحيم)، 2003. علم النفس المعرفي، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.

الغريب(رمزية)،1977: التعلم (دراسة نفسية ـ تفسيرية – توجيهية)، مكتبة الأنجلو المصرية،القاهرة، الطبعة السابعة.

القوصي (حامد عبد العزيز)، 1983: علم النفس و المعلم، مؤسسة الأهرام،القاهرة.

إبراهيم عبدالله الزريقات، 2005. اضطرابات الكلام واللغة.، الطبعة الأولى، دار الفكر ـ عمان ـ الأردن.

أنسي محمد أحمد قاسم، 2005. اللغة والتواصل لدى الطفل، مركز الإسكندرية للكتاب.

بطرس حافظ بطرس، 2010. محاضرات فى التقويم و التشخيص فى التربية الخاصة استاذ الصحة النفسية كلية رياض الأطفال- جامعة القاهرة .

بديع القشاعلة، 2005. جولة في علم النفس، كتاب في السلوك الإنساني. رهط.

بديع القشاعلة، 2008. زوايا اسلامية من وجهة نظر سيكولوجية. مركز الابحاث والتطوير في النقب حوره.

بديع القشاعلة، 2008. الاعاقة العقلية قياسها وعلاقتها بالمبنى الثقافي-النفسي. مجلة اضاءات . الكلية الاكاديمية «احفا».
بديع القشاعلة، 2008. العلاقة بين المعلم والطالب في الوسط البدوي (بالعبرية). مجلة الجامعه كلية القاسمي الاكاديمية.
بشير الرشيدي وآخرون، 2000. سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية - مجلد 1 - الطبعة الأولى - الكويت.
توق(محي الدين)و آخرون،2003: أسس علم النفس التربوي، دار الفكر للطباعة والنشر و التوزيع،عمان،الأردن،الطبعة الثالثة.
جمال الخطيب، 1994. تعديل السلوك الإنساني دليل للعاملين في المجالات التربوية والنفسية والإجتماعية.
جمال الخطيب وآخرون، (2007). مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. دار الفكر. الطبعة الأولى، الأردن.
جابر عبد الحميد و علاء الدين كفافى، 1990. معجم علم النفس والطب النفسى - جـ 3 - صفحة 961.
خالد الدامغ ، 1427\1426 .(ملخص الباحث) في محاضرات مادة اختبارات اللغة لمستوى الثاني بقسم إعداد المعلمين .
حامد عبدالسلام زهران، 1980. علم نفس النمو. الطبعة الرابعة - عالم الكتب - القاهرة.
راضي الوقفي، 1989. مقدمة في علم النفس. عمان. دار البشير.

روبينشتين، س. ي. (1989). علم نفس الطفل المتخلف عقلياً. ترجمة بدر الدين عامود. دمشق.
ريم نشابة معوض، 2004. الولد المختلف (تعريف شامل لذوي الحاجات الخاصة والأساليب التربوية المعتمدة)، دار العلم للملايين ـ الطبعة الأولى).
سليم(مريم)، 2003: علم نفس التعلم، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى.
سبع أبو لبده،1999. التقويم التربوي، مبادئ القياس النفسي والتقييم التربوي ،الطبعة الأولى ،الجامعة الأردنية، عمان المؤسسة التنموية لتمكين ذوي الإحتياجات الخاصة.
سعيد حسني العزة، 2001م. الإعاقة السمعية وإضطرابات الكلام والنطق واللغة، الطبعة الأولى.
عامود،ب.(2001).علم النفس في القرن العشرين.دمشق. منشورات اتحاد كتاب العرب.
عادل الأشول، 1987. موسوعة التربية الخاصة. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
عبد الله الطويرقي، 1994. فنومنولوجيا الاتصال الوجاهي: دراسة في فلسفة الاتصال. حوليات كلية الآداب، الحولية 14، الرسالة 95، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.
عبد الكريم الخلايلة وعفاف اللبابيدي، 1977. تطور لغة الطفل، دار الفكر للنشر والتوزيع.
عبد الرحمن سيد سليمان . إضطراب الصمت الإختياري (التباكم) لدى الأطفال. أستاذ الصحة النفسية ـ كلية التربية- جامعة عين شمس.

عبد الجبار، عبد العزيز ، 1998 . ندوة دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي . البحرين /2-4.
عاطف عبد الله بحراوي، 2008 . تأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة.
فاروق الروسان، 2001. سيكولوجية الأطفال غير العاديين.الطبعة الخامسة دار الفكر للطباعة والنشر.
فخري رشيد خضر ،2003. الختبارات والمقاييس في التربية وعلم النفس،الطبعة الأولى، دار القلم، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
فخري رشيد خضر،2000. التقويم التربوي ،جامعة الأمارات المتحدة، دبي .
فتحي السيد عبد الرحيم، 1982. سيكولوجية غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة. دار القلم ـ الكويت ـ ط 2
.
قطامي(يوسف)وقطامي(نايفة) ، 2000 :سيكولوجية التعلم الصفي، دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان الأردن، الطبعة الأولى.
قطامي(نايفة)، 1999:علم النفس المدرسي، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان الأردن.
منسي(عبد الحليم)، 1990:علم النفس التربوي للمعلمين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
محمد الخولي. الاختبارات اللغوية، دار الفلاح، دط، دت
محمد عبد السلام أحمد، القياس النفسي التربوي، التعريف بالمقياس والمفاهيم وأدواته بناء المقاييس ومميزاتها القياس التربوي، المجلد الأول، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة ،دت.

مندور عبد السلام فتح الله،2000. التقويم التربوي،الطبعة الأولى،دار النشر الدولي.

محمد محمود النحاس، 2006. سيكولوجية التخاطب لذوى الإحتياجات الخاصة ،مكتبة الانجلو المصرية.

مصطفى فهمي، 1975. أمراض الكلام. القاهرة. مكتبة مصر.

معين صالح حاج يحيى، 2006. المعين، معجم مصطلحات التربية الخاصة. أ.دار الهدى كفر قرع، فلسطين.

ميادة الناطور، وآخرون (2007). مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. دار الفكر. الطبعة الأولى، الأردن.

نوال محمد عطية، 1975. علم النفس اللغوي. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

مراجع أجنبية

Charles E .Howard L .(1993) .How to help children with common problems .New yorrk.

Clark، B. (1992). ***Growing* up *giftedness*** (4th ed.). New York: Macmillan Publishing Company.

Мамайчук И .И .(2003) ،.Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии – СПб.

Мамайчук И .И .(2002) .Экспертиза личности в судебно-следственной практике – СПб.

Berliner، D.C.، & Biddle، B. J. (1995). *The manufactured crisis: Myths، fraud، and the attack on America's public schools*. New York: Addison-Wesley.

Cohen، Albert K. (1955). Delinquent Boys: The Culture of The Gang. The Free Press

Gottfredson، D. (1997). School based crime prevention. In L. Sherman، D. Gottfredson، D. Goldstein A.P. (1990). Delinquents on Delinquency. Champaign، IL: Research Press.

MacKenzie، J. Eck، P. Reuter، & S. Bushway (Eds.)، *Preventing crime: What works، what doesn't، what's promising: A report*

to the United States Congress. Washington، D.C.: Department of Justice.

Olweus، D.، Limber، S.، & Mihalic، S.F. (1999). *Blueprints for violence prevention، book nine: Bullying prevention program*. Boulder، CO: Center for the Study and Prevention of Violence.

Sharp، S.، & Smith، P. (1994). *Tackling bullying in your school: A practical handbook for teachers*. London: Routledge.

Schweinhart، L.، Barnes، H.، & Weikart، D. (1993). Significant benefits of the High/Scope Perry preschool study through age 27. *Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation* (No. 10)

مواقع إنترنت:

- موقع الجمعية السعودية للعلاج الطبيعي(سبتا).
- موقع أطفال الخليج لذوي الإحتياجات الخاصة.

http//:daesn.org/
http//:cms.education.gov
www.schoolarabia.net
http//:bafree.net/alhisn/
http//:www.education.gov.il
https://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page
http://www.psyarticles.com/
http://www.educat.cat/
http://empowermentinternational.org/
http://www.specialeducationguide.com/special-education-dictionary/

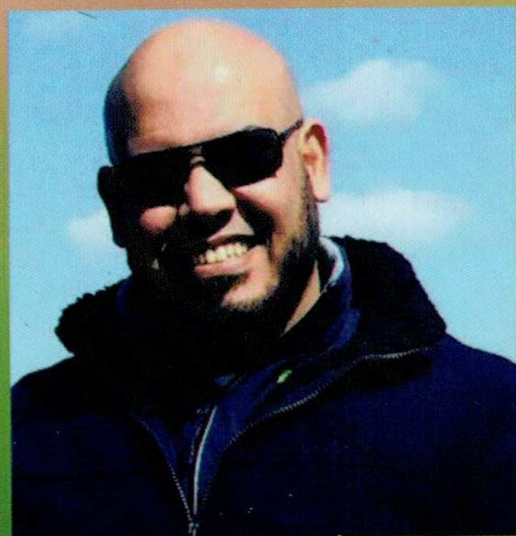
الفهرست

لمحة عن المؤلف

د. بديع عبد العزيز محمد القشاعلة، من مدينة رهط في النقب. درس اللقب الأول والثاني والثالث في جامعة سانت بطرس بورغ الحكومية في روسيا الإتحادية. درس علم النفس العام وأكمل درجة الماجستير في علم النفس الكليني وكتب رسالة الدكتوراه في علم النفس الطبي والسيكوفيزيولوجي. يدرِّس في الكلية الأكاديمية للتربية على إسم "كي" في بئر السبع مواد علم النفس والتربية الخاصة وهو كذلك مرشد تربوي. وهو رئيس قسم التربية الخاصة عن الطلاب العرب في الكلية. حاصل على الإجازة من وزارة الصحة للعمل كأخصائي نفسي تربوي متخصص، وقد عمل زمناً طويلاً في قسم الخدمات النفسية في مدينة رهط. ويعمل أيضاً اليوم كمدير قسم رياض الأطفال في بلدية رهط. مؤلف العديد من الكتب في علم النفس والشعر والنثر، ومن مؤلفاته:

1. جولة في علم النفس 2005.
2. زوايا إسلامية من وجهة نظر سيكولوجية 2008.
3. السائر في الدرب 2013 .
4. طفلي مشكلجي 2014.
5. عنفوان الهمس 2014.
6. صخب كلمات 2014.
7. ديوان شعر "ذاكرة المطر" نسخة الكترونية.
8. كتاب تحديات ، التعامل مع مشاكل الأطفال نسخة الكترونية.
9. ديوان شعر "أنين الصمت " نسخة الكترونية.
10. المرشد في التربية الخاصة (2015)
11. لفتات في علم النفس (2015)

(تم بحمد الله)



التربية الخاصة هي رسالة سامية
ومعلم التربية الخاصة هو معلم يمتلك القدرة على
تعليم وتربية الطلاب الذين يعجزون عن التعلم بالطرق التقليدية

د.بديع القشاعلة

طباعة : أ. دار الهدى ع. زحالقة

عبد زحالقة
خليوي: 050-5252917 هاتف: 04-6353439
خليوي: 050-5708835
E.mail: daralhoda.1@gmail.com